

Annika Koivurova & Essi Saario

## **MAAHANMUUTTAJATAUSTAISTEN NUORTEN SEKSUAALI- JA LISÄÄNTY- MISTERVEYSTIETÄMYS**

# **MAAHANMUUTTAJATAUSTAISTEN NUORTEN SEKSUAALI- JA LISÄÄNTY- MISTERVEYSTIETÄMYS**

Annika Koivurova  
Essi Saario  
Opinnäytetyö  
Syksy 2014  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Oulun ammattikorkeakoulu

## TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja

---

Tekijät: Koivurova Annika & Saario Essi

Opinnäytetyön nimi: Maahanmuuttajataustaisten nuorten seksuaali- ja lisääntymisterveystietämys

Työn ohjaaja: Ulla Paananen, Pirkko Sandelin & Heljä-Marja Surcel

Työn valmistumisaika: Syksy 2014

Sivumäärä: 51+4

---

Seksuaali- ja lisääntymisterveys (SELI-terveys) on keskeinen osa ihmisen yleistä hyvinvointia ja terveyttä. Maahanmuuttajataustaisten nuorten tietotason ja erityistarpeiden tunteminen on edellytys SELI-terveyden edistämiseksi ja palveluiden toteuttamiselle tasa-arvoisesti riippumatta asiakkaan kulttuuritaustasta tai kielestä.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää maahanmuuttajataustaisten nuorten SELI-terveystietämyksen tasoa ja verrata sitä valtaväestön nuorten SELI-terveystietämykseen sekä tarkastella vastaajien taustatekijöiden yhteyttä SELI-terveystietämykseen. Tutkimusaineistona oli valtakunnallinen vuonna 2013 toteutettu Kouluterveyskysely, johon osallistui yhteensä noin 183 000 nuorta. Heistä 10 % laskettiin oman tai vanhempien syntymämaan perusteella monikulttuuriseen tai maahanmuuttajien ryhmään.

Tutkimuksemme tulosten mukaan nuorten SELI-terveystietämys vaihteli riippuen koulutasosta, mutta myös maahanmuutto- tai kulttuuritaustalla oli selvä yhteys tietämystasoon. Maahanmuuttajataustaisten nuorten SELI-terveystietämys oli heikompaa kuin valtaväestön nuorilla. Lyhyt Suomessa asuttu aika ja siihen mahdollisesti liittyvä heikko kielitaito selittää vain osittain maahanmuuttajataustaisten nuorten heikkoa SELI-terveystietämystä. Myös Suomessa koko ikänsä asuneiden toisen sukupolven maahanmuuttajataustaisten nuorten tietämystaso oli vertailuaineistoa heikompi. Nuoren kulttuuritaustalla oli selkeä yhteys heikkoon tietämystasoon ja yhteys säilyi koulutustason edetessäkin. Tässä tutkimuksessa muita kulttuuriryhmiä selvästi heikoimmat tulokset olivat Aasiasta ja Euroopan ulkopuolelta lähtöisin olevilla tytöillä ja pojilla.

Tulosten mukaan ihmisen lisääntymisterveyteen liittyvät kysymykset ja kondomin sukupuolitaudeilta suojaava vaikutus oli parhaiten tunnettuja asioita eri koulutustasoilla kaikissa tutkimusryhmissä. Sen sijaan tietämys sukupuolitauteihin, etenkin klamydiatulehdukseen, sekä HPV-rokotteeseen liittyvissä väittämässä oli heikkoa kaikissa kulttuuri- ja tutkimusryhmissä mukaan lukien valtaväestön nuoret.

Tulostemme yhteenvedona todetaan SELI-terveystietämyksen olevan kaikissa tutkimusryhmissä heikompaa kuin oli oletettavaa koulujen seksuaaliopetuksen opetussuunnitelman sisältöön ja tavoitteisiin nähden. Koulun opetuksen ja väestölle suunnattujen tiedotuskampanjoiden lisäksi tulee jatkossa laajemmin selvittää nuorten SELI-tietämystasoon ja -terveyteen vaikuttavia tekijöitä sekä kehittää opetusta ja palveluja nuorten erityistarpeita vastaaviksi.

---

Asiasanat: Maahanmuuttajat, seksuaali- ja lisääntymisterveys, nuoret

## ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences  
Degree Programme in Nursing and Health Care, Option of Nursing

---

Authors: Koivurova Annika & Saario Essi

Title of thesis: Knowledge of sexual and reproductive health of youth with migrant background

Supervisors: Paananen Ulla, Sandelin Pirkko & Surcel Heljä-Marja

Term and year when the thesis was submitted: Autumn 2014      Number of pages: 51+4

---

Sexual and reproductive health and awareness is an important part of welfare in life. Knowing the special needs of immigrant youth's in this matter is a requirement in order to help forward and produce services equally despite of cultural and linguistic background.

The goal of this study was to find out the level of knowledge on sexual and reproductive health of immigrant youth and to compare these results to native youth in order to study the effects of background factors. Our research material is based on a national School Health Promotion Study which was carried out year 2013. The survey had approximately 183 000 respondents in total and 10 % of these were considered to have immigrant background according to their own or parents' nationality.

Our study states that even though sexual and reproductive awareness of youth is related to educational level there is also a clear dependency between sexual and reproductive awareness and cultural background. Youth from multicultural or immigrant families have generally a lower sexual and reproductive awareness than native youth. Short period in Finland and weak language skills explain this only partially since also second generation immigrants have lower awareness in sexual and reproductive health and welfare when compared to native population. Cultural background is clearly connected to sexual and reproductive awareness of youth and this connection is present despite of educational level. In this research the weakest results came from youth originating outside Europe – mainly from Asia.

According to this study the matters relating to reproductive health and welfare and the protective effects of condom usage were best known factors in all educational levels in every research group. Instead the knowledge related to sexually transmitted diseases, especially chlamydia and HPV infections, was weak in all cultural and ethnical groups including native youth.

As a summary we state that the awareness in sexual and reproductive health is lower than suspected in every research group regardless the goals and plans of sexual education. In addition to education and advice campaigns there is a need for future research in factors which effect to awareness of youth on sexual and reproductive health. The special needs of youth emphasize the need of development in both education and services.

---

Keywords: Immigrants, sexual and reproductive health, youth

# SISÄLLYS

LYHENTEET .....	7
1 JOHDANTO .....	8
2 NUORTEN SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYS SUOMESSA .....	10
2.1 Seksuaali- ja lisääntymisterveys käsitteet .....	10
2.2 Nuorten seksuaalikasvatus.....	11
2.3 Nuoret ja sukupuolitauteina tarttuvat infektiot.....	13
3 MAAHANMUUTTAJANUORTEN SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYS .....	15
3.1 Maahanmuuttajat tilastollisesti.....	15
3.2 Maahanmuuttajataustaisten nuorten SELI-terveyden erityispiirteitä .....	17
3.3 Maahanmuuttajanuorten seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen .....	19
3.4 Maahanmuuttajat luovat haasteita terveyspalveluille.....	20
3.5 Suomessa on vähän tietoa ulkomaalaistaustaisten seksuaali- ja lisääntymisterveydestä. ....	21
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT .....	23
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	24
5.1 Tutkimukseen osallistujat ja aineiston keruu .....	24
5.2 Aineiston analysointi ja tilastolliset menetelmät.....	27
6 TUTKIMUSTULOKSET .....	28
6.1 Vastaajien taustatiedot .....	28
6.2 Maahanmuuttajataustaisten nuorten SELI-terveystietämys verrattuna valtaväestön nuorten SELI-terveystietämykseen.....	30
6.3 Oppilaitoksen yhteys maahanmuuttajataustaisen nuoren SELI- terveystietämykseen.....	30
6.4 Kulttuuritaustan yhteys maahanmuuttajataustaisen nuoren SELI- terveystietämykseen.....	32
6.5 Suomessa asutun ajan yhteys maahanmuuttajataustaisen nuoren SELI- terveystietämykseen.....	33
6.6 Sukupuolen yhteys maahanmuuttajataustaisen nuoren SELI-terveystietämykseen.	34
6.7 Nuorten tiedot sukupuolitaudeista .....	35
6.8 Nuorten tiedot HPV-rokotteesta.....	37
7 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELUA JA JOHTOPÄÄTÖKSET .....	39

8	POHDINTA .....	41
8.1	Yleistä pohdintaa ja omat oppimiskokemukset .....	41
8.2	Luotettavuuden pohdintaa (reliabiliteetti ja validiteetti) .....	42
8.3	Tutkimuksen eettisyys .....	44
8.4	Jatkotutkimus ja -kehittämishaasteita .....	45
	LÄHTEET .....	47
	LIITTEET	

## LYHENTEET

SELI-terveys = Seksuaali- ja lisääntymisterveys

STM = Sosiaali- ja terveysministeriö

THL = Terveysten ja hyvinvoinnin laitos

HPV = Human papillomavirus

WHO = World Health Organization

# 1 JOHDANTO

Suomen väestö on monimuotoistunut yhä kiihtyvällä tahdilla 2000-luvulta alkaen niin kielellisesti kuin kulttuurisestikin maahanmuuton myötä. Tilastokeskuksen (2014a, viitattu 2.12.2014) mukaan maahanmuuttajien määrä on viime vuosina ollut jopa 30 000 muuttajaa vuodessa. Väestörekisteritietojen mukaan vuoden 2012 lopulla Suomessa asui noin 285 000 ulkomailla syntynyttä, eli 5,2 % kokonaisväestöstä (Tilastokeskus 2014b, viitattu 16.10.2014). Suomessa asuvien ulkomaan kansalaisten ikärakenne on suhteessa nuorempi kuin Suomen kansalaisten. Maahanmuuttajat ovat pääsääntöisesti nuoria ja työikäisiä, 25–44 -vuotiaita. Koulu- tai opiskeluaikaisia, alle 25-vuotiaita nuoria, on neljännes kaikista maahanmuuttajista. (Väestöliitto 2014a, viitattu 16.10.2014.)

Seksuaali- ja lisääntymisterveys (SELI-terveys) on keskeinen osa ihmisen terveyttä ja hyvinvointia. SELI-terveyteen vaikuttavat monet tekijät, muun muassa kulttuuri ja uskonto. (THL 2014a, viitattu 16.10.2014.) Riippumatta lähtömaasta tai muuton perusteesta, muuttaminen maasta toiseen itsessään vaikuttaa nuoren SELI-terveydestä huolehtimiseen. Kommunikaatio- ja kulttuurierojen aikaansaamat haasteet vaikeuttavat yleisesti SELI-terveyden edistämistä. Lisäksi seksuaaliterveys on monille nuorille hyvin yksityinen asia ja edelleen tabu monissa kulttuureissa. Monikulttuurisuuden lisääntymisen myötä maahanmuuttajanuorten SELI-terveyteen liittyvät asiat ovat entistä ajankohtaisempia.

Suomessa on edelleen niukasti tietoja maahanmuuttajien SELI-terveydestä sekä terveydestä ja hyvinvoinnista ylipääntensä (Apter, Eskola, Kettu, & Säävälä 2009, 7). Riittävää tietoa ei ole myöskään terveystalvelujen tarpeesta ja niiden tyydyttymisestä. Maahanmuuttajien määrän lisääntymisessä tarve aiheen tutkimiselle lisääntyy. Viime vuosina onkin kiinnitetty enemmän huomiota SELI-terveyden edistämiseen viranomaisten toimesta. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) toimeenpaneman uuden Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelman 2014–2020 tavoitteena on muun muassa huomioida maahanmuuttajataustaisten nuorten erityistarpeet SELI-terveystalveluissa sekä toteuttaa talveluja tasa-arvoisesti riippumatta asiakkaan kulttuuritaustasta tai kielestä. Lisäksi tavoitteena on lisätä maahanmuuttajien terveyteen ja hyvinvointiin liittyvää tutkimusta. Tutkimuksesta saadun tiedon myötä maahanmuuttajanuorten SELI-terveyttä voidaan edistää ja esimerkiksi tarpeisiin voidaan vastata paremmin. SELI-terveystalvelujen tarve tulee lisääntymään tulevaisuudessa. Talveluita tulisi kehittää siten, että maahanmuuttajataustaisten



nuorten mahdollisuus saada tietoa oman SELI-terveyden ylläpitämisestä sekä parantamisesta lisääntyy.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on tuottaa tietoa maahanmuuttajataustaisten nuorten SELI-terveystietämyksestä ja verrata sitä valtaväestön nuorten SELI-terveystietämykseen sekä tarkastella vastaajien taustatekijöiden yhteyttä SELI-terveystietämykseen. Aineistona käytämme valtakunnallista THL:n Kouluterveyskyselyä 2013, josta olemme valinneet tietyt SELI-terveyteen liittyvät väittämät sekä taustatiedot. Kulttuuritaustan yhteyttä SELI-terveystietämykseen analysoidaan vastaajan ilmoittaman syntymämaan perusteella. Vuoden 2013 Kouluterveyskysely mahdollisti ensimmäistä kertaa maahanmuuttajataustaisten nuorten terveyden ja hyvinvoinnin laajamittaisen tarkastelun. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää maahanmuuttajataustaisten nuorten SELI-terveyden edistämässä ja palveluiden kehittämisessä.

## **2 NUORTEN SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYS SUOMESSA**

Kansainvälisesti katsottuna SELI-terveys on Suomessa monilla eri mittareilla mitattuna erinomaista. Tilastotiedon valossa nuorten seksuaaliterveys on kehittynyt maassamme parempaan suuntaan viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana. Alle 20-vuotiaiden raskaudet ja raskaudenkeskeytysten määrä ovat vähentyneet 2000-luvulla, mikä kertoo myös ehkäisymenetelmien käytön tehostumisesta. Nuorten seksuaaliterveyttä edistävinä tekijöinä voidaan pitää muun muassa kattavasti toteutettua seksuaalikasvatusta, ehkäisypalvelujen helppoa saatavuutta sekä ammattitaitoista palvelua. (Kosunen & Ritamo 2004; Klemetti & Raussi-Lehto 2013, 13).

SELI-terveyden edistämisessä on silti Suomessakin monia kehittämistarpeita ja –kohteita. Toimintaohjelmassa 2014–2020 todetaan, että nuorten tiedot seksuaaliterveydestä ovat heikentyneet vuoden 2013 Kouluterveyskyselyn mukaan verrattuna edelliseen kyselyyn. Seksuaaliterveyttä kuvaavien indikaattoritulosten mukaan tietämyksen tasossa on selvä ero lukiota ja ammattikoulua käyvien kesken (Luopa ym. 2014). Lisäksi tutkijat arvioivat nuorten tiedot melko pinnallisiksi. Muun muassa nuorten tietämys raskaaksi tulemisesta ja ehkäisystä ei ole edelleenkään riittävällä tasolla ja 20–24-vuotiaiden suuret raskaudenkeskeytysluvut huolestuttavat. Nuorten tietämys sukupuolitaudeilta suojautumisesta on heikkoa ja joidenkin sukupuolitauditartuntojen, esimerkiksi klamydia- ja tippuritartuntojen, määrä on lisääntynyt. (Nurmeksela 2011, 25–26; Klemetti & Raussi-Lehto 2013, 13).

### **2.1 Seksuaali- ja lisääntymisterveys käsitteet**

SELI-terveys -käsitteet ovat tulleet laajempaan kansainväliseen käyttöön vasta 1990-luvulla. Käsitteet kansainvälistyivät ja vakiinnuttivat paikkansa terveydenhuollossa Kairossa vuonna 1994 pidetyn Yhdistyneiden Kansakuntien (YK) väestö- ja kehityskonferenssin hyväksymän käsitelmäärittelyn jälkeen. Lisääntymisterveyden käsitettä on käytetty kansainvälisessä sanastossa jo aiemmin, noin 30 vuoden ajan, mutta seksuaaliterveyttä ruvettiin käyttämään yleisesti vasta konferenssin jälkeen. Konferenssin määrittelyn mukaan seksuaaliterveys sisältyy lisääntymisterveyden käsitteeseen. (Kontula & Meriläinen 2007, 10.)

Maailman terveysjärjestö (WHO) on määritellyt seksuaaliterveyden (sexual health) seksuaalisuuteen liittyväksi fyysisen, henkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaksi. Se sisältää positiivisen ja kunnioittavan lähestymistavan seksuaalisuuteen ja seksuaalisiin suhteisiin samoin kuin mahdollisuuden tyydyttäviin ja turvallisiin seksikokemuksiin vapaana painostuksesta, syrjinnästä ja väkivallasta. (WHO 2014a, viitattu 7.10.2014.)

Seksuaalisuus on olennainen osa SELI-terveyttä. WHO:n seksuaalisuuden määritelmässä korostetaan seksuaalisuutta keskeisenä osana ihmisyyttä; se kattaa koko elämänkaaren, eikä rajoitu mihinkään tiettyyn ikäryhmään. Lisäksi se käsittää eri seksuaaliset suuntaukset ja on käsitteenä laajempi ja moniulotteisempi kuin lisääntyminen. Määritelmän mukaan seksuaalisuus on enemmän kuin pelkkää käyttäytymistä ja siihen vaikuttavat monet eri tekijät, jotka käyvät määritelmässä ilmi. (WHO 2010, 16.)

WHO:n määritelmän mukaan lisääntymisterveyteen (reproductive health) sisältyy mahdollisuus vastuulliseen, tyydyttävään ja turvalliseen seksielämään, mahdollisuus ja vapaus lisääntyä ja päättää itse siitä, milloin ja kuinka usein se tapahtuu. Lisääntymisterveyteen sisältyy myös oikeus sopiviin ja hyväksyttäviin itse valittuihin ehkäisyvälineisiin sekä pääsy palveluihin, jotka mahdollistavat äidille turvallisen raskauden ja synnytyksen sekä tarjoavat pariskunnalle parhaan mahdollisuuden saada terve vastasyntynyt. (WHO 2014b, viitattu 7.10.2014.)

Seksuaaliterveys -käsitteen vakiintuessa, seksuaaliterveyden ja lisääntymisterveyden käsitteiden hierarkiasta on keskusteltu, sisältykö seksuaaliterveys lisääntymisterveyden määritelmään vai päinvastoin. THL:n työryhmä on päätenyt uusimassa Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelmassa 2014-2020 rinnastamaan käsitteet. Molemmissa käsitteissä on omat erityiset ulottuvuutensa ja merkityksensä, jolloin rinnakaistettuna ne muodostavat toisiaan täydentävän kokonaisuuden, SELI-terveyden, joka on vakiintunut myös kansainvälisessä käytössä. (Klemetti & Raussi-Lehto 2013, 10.)

## **2.2 Nuorten seksuaalikasvatus**

Seksuaalikasvatus on elämän pituinen prosessi, johon sisältyy siihen liittyvien tietojen, taitojen ja arvojen hankkiminen seksuaalisista suhteista, identiteetistä ja intimitetistä (Kontula & Meriläinen 2007, 9). Seksuaalikasvatuksen tavoitteena on edistää SELI-terveyttä ja -tietämystä. Seksuaali-

kasvatuksen tulee perustua sukupuolten ja yksilöiden väliseen tasa-arvoon, itsemääräämisoikeuteen ja erilaisuuden hyväksymiseen sekä kunnioittamiseen. Seksuaalikasvatuksen tulee luoda pohjaa hyvälle itsetunnolle ja ihmissuhteille sekä toisten ihmisten kunnioittamiselle. Seksuaalisuuden moninaisuuden, sukupuoli-identiteetin ja sukupuoliroolien tiedostaminen on myös tärkeää. (WHO 2010, 28.) Seksuaalikasvatus voidaan jakaa osa-alueisiin, joita ovat seksuaaliopetus, -neuvonta ja -valistus sekä -ohjaus (Klemetti & Raussi-Lehto 2014, 38).

Nykyään seksuaaliopetus kuuluu osana terveystiedon opetusta kouluissa. Terveystieto on itsenäinen oppiaine, joka sai alkunsa vuosituhannen alussa tehdyn koululainsäädännön myötä. Tämän muutoksen johdosta seksuaalikasvatuksen määrä koulussa lisääntyi. Kyseisen muutoksen johdosta myös seksuaaliterveyteen liittyvät sisällöt ja tavoitteet esitettiin aiempaa selkeämmin ja laaja-alaisemmin uudistetussa perusopetuksen opetussuunnitelmassa. (STM 2007, 36.) Uusimman Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelman 2014-2020 yhtenä tavoitteena on, että koulujen seksuaaliopetuksessa otetaan huomioon seksuaalinen suuntautuminen, sukupuoli-identiteetti ja sukupuolen ilmaisun moninaisuus sekä yhteiskunnan monikulttuuristuminen (Klemetti & Raussi-Lehto 2013, 54).

Peruskoulun alaluokilla (1-6 luokat) terveystietoa opetetaan osana ympäristöopin opetusta. Peruskoulun yläluokilla (7-9 luokat) terveystietoa opetetaan omana oppiaineenaan 3 vuosiviikkotuntia, eli yhteensä 114h (Opetushallitus 2014a, viitattu 22.9.2014). Lukion opetussuunnitelmassa terveystietoa sisältyy yksi pakollinen sekä kaksi valinnaista kurssia. Näissä kursseissa mainitaan muiden aiheiden lisäksi myös seksuaaliterveyden aiheita (Opetushallitus 2014b, viitattu 22.9.2014). Ammatillisen perustutkinnon opetussuunnitelman mukaan terveystietoa on yksi opintoviikko, joka vastaa noin 40 tunnin työpanosta (Stadin ammattiopisto 2014, viitattu 22.9.2014).

Koulu- ja opiskeluterveydenhuollolla on keskeinen merkitys nuorten seksuaalineuvonnassa. Kansainvälisen vertailun mukaan koulun yhteydessä olevat ja nuorille tarkoitetut nuorten SELI-terveyspalvelut näyttävät edistävän nuorten SELI-terveyttä. Seksuaalineuvonta on osoitettu valtakunnallisesti jo pitkään koulu- ja opiskeluterveydenhuollon tehtäväksi. Myös raskauden ehkäisy- ja muu seksuaaliterveysneuvonta on määritelty neuvolan sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon palveluihin sisältyväksi. Kyseistä neuvontaa voi myös järjestää muiden palvelujen osana (Klemetti & Raussi-Lehto 2013, 49.)

Koulujen seksuaaliopetuksessa on tärkeää huomioida myös yhteiskunnan monikulttuuristuminen. Opetuksen sisällön toteuttamiselle tuo haastetta maahanmuuttajataustaisten lasten ja nuorten erilaiset lähtökohdat. Tämä täytyy huomioida myös kodin ja koulun yhteistyössä. Monissa monikulttuurisissa perheissä seksuaalisuutta ei ole huomioitu lainkaan lasten kasvatuksessa, koska monissa uskonnoissa seksuaalisuus on edelleen tabu (STM 2007, 37).

Seksuaalikasvatusta voi tapahtua sekä virallisella että epävirallisella taholla. Molempia tahoja tarvitaan ja parhaimmillaan ne täydentävät toisiaan. Virallisella taholla tarkoitetaan muodollisia kouluttajatahoja ja epävirallisella taholla esimerkiksi vanhempia, muita perheenjäseniä tai mediaa. Median eri muodoista on tullut varsin lyhyessä ajassa tärkeitä tiedonlähteitä erityisesti nuorille, sillä ne ovat helppo tapa tutustua seksuaalisuuteen (Mannerheiminlastensuojeluliitto 2014, viitattu 26.9.2014). Suuri osa niiden kautta saatavasta, varsinkin seksuaalisuuteen liittyvistä tiedosta, on kuitenkin vääristynyttä, epätasapainoista, epärealistista ja usein erityisesti naisia halventavaa. Lapsi tai nuori ei välttämättä osaa tarkastella kriittisesti median luomia kuvia seksuaalisuudesta, jolloin aikuisen on hyvä antaa tukea median mallien kyseenalaistamiseen. Median luomat vääristyneet kuvat ovat luoneet uuden syyn seksuaalikasvatukselle, sillä on syntynyt tarve torjua ja oikaista median välittämiä harhaanjohtavia tietoja ja mielikuvia. (WHO 2010, 8, 21-22).

### **2.3 Nuoret ja sukupuolitauteina tarttuvat infektiot**

THL:n julkaiseman Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelman 2014–2020 tavoitteena on seksitautitartuntojen ehkäisyn tehostuminen ja niiden lisääntymisterveyteen negatiivisesti vaikuttavien ongelmien vähentyminen. Erityiskohteena ovat klamydia- ja ihmisen papilloomavirus (HPV)-infektiot, jotka ovat väestössä yleisimmin esiintyviä seksitauteja. (Klemetti & Raussi-Lehto 2013.)

Klamydiainfektion yhteys alentuneeseen hedelmällisyyteen on tunnettu jo kauan, mutta infektion ilmaantuvuus on siitä huolimatta pysynyt korkeana. (Jaakola ym. 2014). Näin ollen voidaan ajatella, että väestöllä ei ole joko tietämystä infektion aiheuttamista myöhemmistä ongelmista tai riskeihin suhtaudutaan välinpitämättömästi.

HPV- infektion yhteys kohdunkaulan syöpää aiheuttavana tekijänä on myös hyvin tunnettu asia (Syöpäjärjestöt 2013, viitattu 5.12.2014). Vuonna 2013 Suomen rokotusohjelmaan hyväksytyn

rokotteen arvioidaan ehkäisevän tehokkaasti kohdunkaulan syöpää ja sen esiasteita. Rokotteen arvioidaan estävän noin neljä viidestä kohdunkaulan syövästä. (THL 2014b, viitattu 22.10.2014.)

Suomalaisten nuorten, 11–12-vuotiaiden tyttöjen, rokottaminen aloitettiin marraskuussa 2013. Ohjelman kahtena ensimmäisenä vuonna rokotteen saavat myös 7.-9. luokkalaiset eli 13–15-vuotiaat tytöt. Ennen rokottamisen aloittamista THL järjesti tiedotustilaisuuden HPV-rokotteesta ja lähetti kirjeitse tietoa HPV-rokotuksista kaikille rokotusohjelmaan kuuluville tytöille ja heidän vanhemmilleen. (THL 2013b, viitattu 24.10.2014.)

Rokotuksista tiedottaminen suunniteltiin tarkkaan ja aiheesta perustettiin verkkosivusto [www.tyttöjenjuttu.fi](http://www.tyttöjenjuttu.fi). THL:n toimeenpanema ja ylläpitämä verkkosivusto tarjoaa tutkittua tietoa HPV-infektiosta, kohdunkaulan syövästä sekä HPV-rokotteesta. Poikien rokottamisen aloittamista harkitaan lähivuosina, kun on saatu lisätietoa miesten tautitaakasta ja rokottamattomuuden vaikutuksesta HPV-infektion esiintyvyyteen väestössä (THL 2013b, viitattu 24.10.2014.) Tutkimusten mukaan noin puolet HPV-infektion aiheuttamista syövästä tiedetään olevan muita kuin kohdunkaulan syöpiä, joten asia koskee myös miehiä (de Martel ym. 2012).

Vuoden 2013 Kouluterveyskyselyssä oli yhteensä kuusi klamydia- tai HPV-infektioon liittyvää väittämää. Kysymyksillä pyrittiin kartoittamaan nuorten tietämystä kondomin taudeilta suojaavasta vaikutuksesta ja infektioiden yhteydestä lapsettomuuteen tai kohdunkaulan syöpään. Kyselyn tulosten mukaan nuorten tietämys HPV-rokotteesta on yleisesti ottaen heikkoa. THL:n järjestämän kampanjan vaikutusta nuorten HPV-tietämyksen tasoon voidaan arvioida vasta seuraavan Kouluterveyskyselyn (2015) jälkeen. Tulevaisuutta ajatellen olisi tärkeää kiinnittää huomiota nuorten SEI-terveyteen liittyvän tietämyksen tasoon, jotta palveluja ja koulutusta voidaan suunnata oikeille kohderyhmille ja oikeassa muodossa.

### **3 MAAHANMUUTTAJANUORTEN SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYS**

Maahanmuuttajalla tarkoitetaan Suomessa pysyvästi asuvaa henkilöä riippumatta maahanmuuton syistä tai lähtömaasta. Suomeen tuleva maahanmuuttaja on yleensä ulkomaan kansalainen, mutta voi olla myös jo Suomen kansalaisuuden omaava paluumuuttaja. Maahanmuuttajalla voidaan myös viitata henkilöön, joka on syntynyt Suomessa, mutta molemmat vanhemmat tai toinen vanhemmista on muuttanut Suomeen. Näitä henkilöitä voidaan kutsua ns. toisen sukupolven maahanmuuttajiksi. (Väestöliitto 2014a, viitattu 16.10.2014).

Maahanmuuttajataustainen väestö; naiset, miehet, nuoret ja lapset ovat hyvin heterogeeninen ryhmä. Mukana on hyvin erilaisista sosioekonomisista taustoista tulevia ihmisiä; niin luku- ja kirjotustaidottomia kuin korkeasti koulutettuja, eri-ikäisiä ja erilaisissa perhesuhteissa eläviä ihmisiä. Maahanmuuton perusteena voivat olla esimerkiksi opiskelu, työ, avioliitto tai turvapaikan hakeminen. Nämä taustatiedot ja erityistarpeet vaikuttavat kulttuuritaustan tai etnisen ryhmän ohella muun muassa terveyden ja hyvinvoinnin osa-alueisiin sekä palveluiden käyttöön. (Apter ym. 2009, 6.)

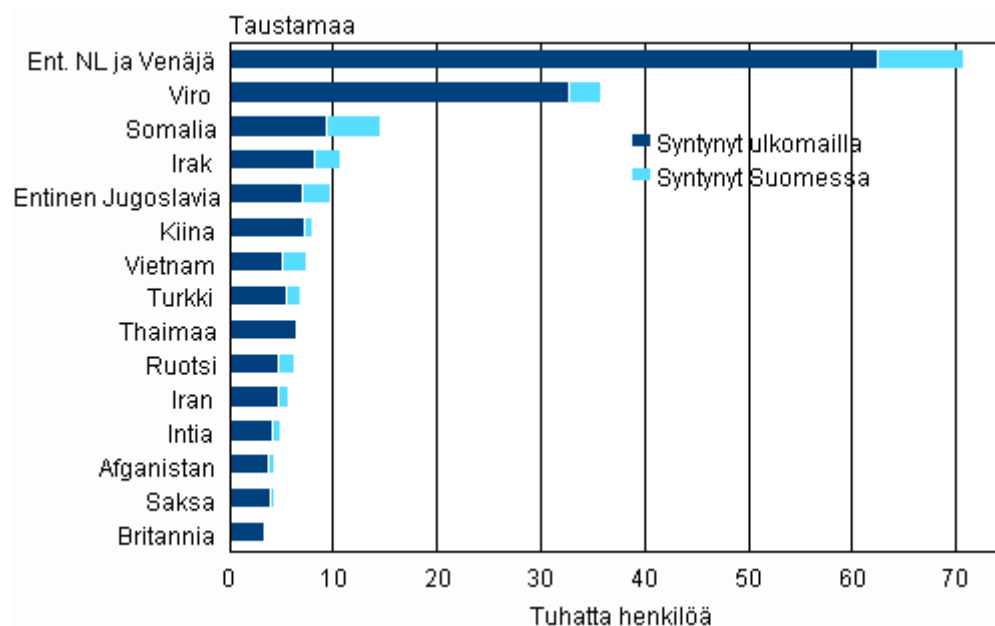
#### **3.1 Maahanmuuttajat tilastollisesti**

Maahanmuuttajien määrä vaihtelee sen mukaan, miten ulkomaalaisia arvioidaan; syntymämaan, kansalaisuuden tai äidinkielen perusteella tai näiden yhdistelmänä. Tarkastelemme opinnäytetyössämme maahanmuuttajien määrää syntymämaan perusteella.

Syntymämaan perusteella katsottuna Suomessa asui vuoden 2012 lopussa noin 280 000 ulkomailla syntynyttä, mikä oli 5,2 prosenttia koko väestöstä (Tilastokeskus 2013a, viitattu 2.4.2014). Heistä noin 85 prosenttia oli ensimmäisen polven maahanmuuttajia eli ulkomailla syntyneitä ja 15 prosenttia toisen polven maahanmuuttajia eli Suomessa syntyneitä. (Klemetti & Raussi-Lehto 2013).

Osa maahan muuttaneista on saanut Suomen kansalaisuuden ja sen vuoksi he eivät näy kansalaisuustilastoinnissa. Suomessa asuvien, mutta ulkomailla syntyneiden henkilöiden määrää tarkastelemalla saamme käsityksen siitä, paljonko maassa asuu maahanmuuton kokeneita henkilöi-

tä. (Tilastokeskus 2013a, viitattu 2.4.2014). Suurin osa Suomeen muuttaneista ulkomaista syntyperää olevista henkilöistä oli lähtöisin naapurimaista. Neljäsosa muuttajista oli tullut entisestä Neuvostoliitosta tai Venäjältä. Seuraavaksi suurimmat ryhmät olivat virolaistaustaiset, somalia-laistaustaiset ja irakilastaustaiset. Muut maahanmuuttajataustaiset ryhmät olivat pieniä. (Klemetti & Raussi-Lehto 2013, 75.) (KUVIO 1.)



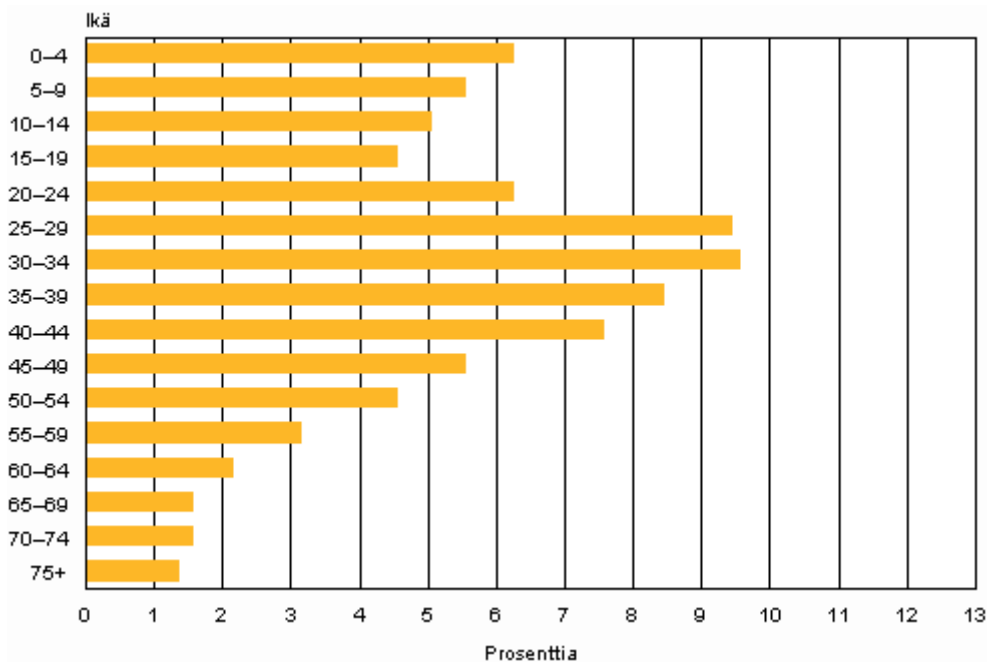
KUVIO 1. Suurimmat ulkomaista syntyperää olevat ryhmät Suomen väestössä 31.12.2012. (Tilastokeskus 2013b, viitattu 12.10.2014.)

Suomessa asuvissa ulkomaan kansalaisissa on suhteessa huomattavasti enemmän työikäisiä ja nuoria kuin Suomen kansalaisissa. Väestön keskittyminen työikäisiin ja paljolti lisääntymisikäisiin korostaa SELI-terveyspalveluiden saavutettavuuden tärkeyttä ulkomaalaistaustaiselle väestölle. (Apter ym. 2009, 3). Ulkomaalaistaustaisista naisista 61 % on hedelmällisyysikäisiä eli 15–49-vuotiaita. (KUVIO 2.) Suomalaistaustaisista naisista vastaavan ikäisiä on 42 %. (Helminen 2013, viitattu 3.12.2014).

Lähitulevaisuudessa Suomessa on aikuistumassa ja perheitä perustamassa kasvava joukko monikulttuurisia nuoria, joiden toinen vanhempi tai molemmat vanhemmat ovat muuttaneet ulkomailta Suomeen. Myös heidän SELI-terveyteen liittyvät asiat tulevat yhä ajankohtaisemmiksi. (Apter ym. 2009, 5). Suomessa asuvien ulkomaan kansalaisten ikärakenne vaihtelee kuitenkin paljon kansalaisuusryhmittäin. Esimerkiksi espanjalaisista, marokkolaisista, briteistä ja ranskalaisista yli



90 prosenttia on työikäisiä, kun taas esimerkiksi sudanilaisista lähes puolet on lapsia. (Apter ym. 2009, 3).



KUVIO 2. Ulkomaista syntyperää olevien osuus väestöstä iän mukaan 31.12.2012 (Tilastokeskus 2013c, viitattu 13.10.2014).

### 3.2 Maahanmuuttajataustaisten nuorten SELI-terveyden erityispiirteitä

Yleisesti ottaen maahanmuuttajien SELI-terveyteen konkreettisesti vaikuttavia tekijöitä ovat muut-  
tosyy, sosioekonominen asema lähtömaassa ja Suomessa, koulutus ja kielitaito, ikä, sukupuoli,  
seksuaalinen suuntautuneisuus ja perhetilanne sekä kulttuurinen ja uskonnollinen tausta. Riip-  
pumatta lähtömaasta tai muista taustatekijöistä, pelkästään muuttaminen maasta toiseen itses-  
sään vaikuttaa ihmisen mahdollisuuksiin huolehtia SELI-terveydestään. SELI-terveys koskettaa  
elämän intiimejä ja kaikkein yksityisimmiksi asioiksi koettuja terveyden osa-alueita, joiden käsitte-  
leminen vieraalla kielellä vieraassa ympäristössä voi tuottaa vaikeuksia. Lisäksi esimerkiksi maa-  
hanmuuttajan huono sosioekonominen asema ja heikko koulutustausta heikentävät SELI-  
terveydestä huolehtimista. (Apter ym. 2009, 8.)

Maahanmuuttajataustaisen nuoren SELI-terveyteen vaikuttavia tekijöitä voivat olla edellä mainit-  
tujen lisäksi myös mm. Suomessa asutun ajan pituus, syntymämaa, vanhempien syntymämaat,  
maahanmuuttoikä sekä mahdollinen pakolaistausta. Myös kulttuuritaustaan pohjautuvat käsityk-

set terveydestä ja sairauksista sekä se kuinka oireita ilmaistaan, vaikuttavat paitsi tapaan jolla maahanmuuttajataustaiset nuoret kokevat oman terveytensä myös terveystottumuksiin ja samalla myös terveydenhuoltojärjestelmän kykyyn tunnistaa nuoren tarpeita. Edellä mainittujen lisäksi nuoren sosioekonomien asema sekä vanhempien hyvinvointi vaikuttavat nuoren hyvinvointiin. Nimenomaan sosioekonominen asema ja vanhempien hyvinvointi luovat terveyseroja maahanmuuttajaperheiden välille. (Matikka ym. 2014, 33.)

Maahanmuuttajien SELI-terveyteen vaikuttaa heidän sopeutuminen uuteen kotimaahan. Valta-kulttuurin ja maahanmuuttaneiden kulttuurien välillä voi olla hyvinkin erilaisia käsityksiä muun muassa seurustelusta ja avioliitosta, sukupuolirooleista, mieheydestä ja naiseudesta. Vieraassa kulttuurissa oman kulttuurin ja uskonnon säilyttäminen voi olla vaikeaa ja varsinkin nuoret joutuvat usein ristiriitaisiin tilanteisiin. Siitä huolimatta omista tavoista ja perinteistä halutaan usein pitää vahvasti kiinni. (Nurmeksela 2011, 16). Kysymys kuuluukin, mitä oman kulttuurin tunnuspiirteitä maahan muuttaneet voivat säilyttää. Ihmisten odotetaan noudattavan vallitsevan kulttuurin arvoja ja normeja, mutta ihmisten kulttuurista kumpuaviin, yksilöllisiin arvoihin ei voida puuttua. Näin ollen esimerkiksi oikeus omaan uskontoon, sen traditioihin sekä äidinkielen puhumiseen ja kulttuurin mukaiseen pukeutumiseen säilyy usein myös uudessa kotimaassa. (Nurmeksela 2011, 16.)

Uuden kotimaan kulttuuri voi näyttäytyä maahanmuuttajille hyvinkin epäihanteellisena, myös seksuaalisuuden suhteen. Media saattaa olla osaltaan vaikuttamassa maahanmuuttajanuoren käsitykseen suomalaisesta seksuaalisuudesta. Suomalaisen yhteiskunnan avoimuus seksuaalisuuden suhteen saattaa vaikuttaa ristiriitaiselta ja uhkaavaltakin maahanmuuttajien silmissä, sillä monissa kulttuureissa seksuaalisuus on edelleen tabu. Suomalainen arkitodellisuus voi olla hyvin vierasta; mm. naisten paljastava pukeutuminen ja rento olemus ovat monille eri kulttuuritaustasta tulevalle täysin poikkeavaa omaan kulttuuriin verrattuna. Sosiaalisten kontaktien ja luontevan vuorovaikutuksen puuttuminen suomalaisten kanssa sekä oikean tiedon saaminen voi pahimmillaan johtaa paikallisten sukupuolienormien ymmärtämättömyyteen tai ohittamiseen ja sen myötä seksuaalisiin konfliktitilanteisiin, jopa väkivaltaan. Seksuaaliterveyden tilaa ja realistisen kuvan luomista suomalaisesta seksuaalisuudesta ei siten voida erottaa maahanmuuttajien integroitumisesta suomalaiseen yhteiskuntaan. Sosiaalisten kontaktien ja siteiden synty on välttämätöntä realistisen kuvan luomiseksi elämästä Suomessa myös seksuaalisuuden suhteen. (Apter ym. 2009, 11.)

### 3.3 Maahanmuuttajanuorten seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen

Suomalaisen yhteiskunnan monikulttuuristuminen ja maahanmuuttajiin liittyvät SELI-terveyden asiat ovat olleet keskustelun aiheena julkisuudessa. Viranomaistahoilla asiaan on kiinnitetty huomiota esimerkiksi Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) ensimmäisessä Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmassa 2007–2011. Siinä todetaan mm. että, maahanmuuttajilla on kulttuuristaan liittyen erilaisia käsityksiä ja uskomuksia seksuaaliterveyteen liittyen ja heidän perustiedot voivat olla huonot, johtuen siitä, että monissa kulttuureissa seksuaalisuus on edelleen tabu (STM 2007, 31–34).

Uudessa Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelmassa 2014–2020 on otettu enemmän esille maahanmuuttajien SELI-terveyteen liittyviä asioita. Toimintaohjelman täsmennettynä tavoitteena on edistää SELI-terveyttä lisäämällä tietämystä, kehittämällä palveluja ja vahvistamalla seksuaalikasvatusta niin, että se tavoittaa tasa-arvoisesti kaikenikäiset ihmiset ja sisältyy kasvatukseen, opetukseen ja koulutukseen sekä terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen. Yhtenä toimintaohjelman lähtökohtana ovat koko väestöä koskevat SELI-terveyteen liittyvät oikeudet, joihin liittyen SELI-terveyden edistämisen tulisi toteutua tasa-arvoisesti asiakkaan tai potilaan tarpeen mukaan. Näin ollen erityisryhmien muun muassa maahanmuuttajien SELI-terveyteen ja -terveyspalveluihin liittyviä erityistarpeita halutaan nostaa esille. (Klemetti & Raussi-Lehto 2013, 16, 22–23.)

Toimintaohjelman 2014–2020 yhtenä painopisteenä ovat lapset ja nuoret. Seksuaalikasvatuksen sisällyttäminen varhaiskasvatukseen ja perusopetukseen, seksuaalisen väkivallan vastainen työ, ei – toivottujen raskauksien ja sukupuolitautilien ehkäisy mainittiin muun muassa keskeisinä tulevaisuuden haasteina. Toisena painopisteenä on monikulttuurisuus. Vaikka maahanmuutto on ollut Suomessa vähäisempää kuin esimerkiksi muissa Pohjoismaissa, on Suomi kuitenkin muuttanut yhä monikulttuurisemmaksi. Maahanmuuttajien SELI-terveyden edistämiseksi tarvitaan sekä lisää tietoa että kulttuurisensitiivistä ja omakielistä neuvontaa ja palveluja. Myös turvapai-kanhakijoilla ja ns. paperittomilla tulee olla pääsy SELI-terveyspalveluihin. Etenkin paperittomien naisten palveluntarve liittyy usein juuri SELI-terveyteen. (Klemetti & Raussi-Lehto 2013, 13–16.)

Myös Väestöliiton julkaisemassa maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintasuunnitelmassa 2009 tuodaan esille monikulttuuristen nuorten, erityisesti nuorten naisten, seksuaaliterveyteen liittyviä asioita, joihin tulisi kiinnittää erityistä huomiota. Naiseuteen,

seurusteluun ja avioitumiseen liittyvät kysymykset ovat herkkiä aiheita, koska nainen vertaa omaa toimintaansa saman kulttuuriryhmän naisten toimintaan ja voi olla pakotettu toimimaan tiettyjen kulttuurinormien mukaan. Naisen sukupuolisuuden rajoittaminen voi pahimmillaan saada aikaan seksuaali- ja muunkin terveyden kannalta ei toivottuja muotoja, esimerkiksi väkivaltaa ja hyväksikäyttöä, ehkäisyn kieltoa, aborttiin pakottamista tai sen estämistä. Toimintasuunnitelmassa todetaan myös, että nuorilla maahanmuuttajilla voi olla puutteelliset tiedot lisääntymisanatomiasta ja fysiologiasta. Lisäksi monissa kulttuureissa seksuaalisuutta käsittelevää tietoa pidetään haitallisenä ja siksi sitä ei käsitellä ollenkaan. (Apter ym. 2009, 11–12.)

### **3.4 Maahanmuuttajat luovat haasteita terveyspalveluille**

Ulkomailla syntyneiden maahanmuuttajien ryhmä on hyvin moninainen. Se koostuu Venäjällä, Virossa ja Ruotsissa syntyneiden suurten ryhmien ohella myös monista pienistä ryhmistä esimerkiksi Aasian maista ja Somaliasta. Tämä on tärkeää huomioida myös terveyspalveluiden suunnittelussa. Palveluita suunniteltaessa lähtökohtana on oltava ulkomaalaisten moninaisuus niin kulttuurin, kielen kuin sosiaalisen aseman ja koulutuksenkin suhteen. (Apter ym. 2009, 4.) SELI-terveyspalveluita tulisi olla tarjolla tasa-arvoisesti riippumatta asiakkaan kulttuuri- ja kielellästä sekä palveluissa tulisi huomioida maahanmuuttajataustaisen väestön erityistarpeet (Klemetti & Raussi-Lehto 2013, 83). Palveluja kehittämällä maahanmuuttajataustaisten nuorten mahdollisuus saada tietoa oman SELI-terveyden ylläpitämisestä ja parantamisesta lisääntyy.

Yleisesti ajatellaan, että kulttuuri- tai uskontoerot ovat keskeisimpiä syitä, jotka hankaloittavat terveyspalveluiden käyttämistä ja hyvinvoinnin edistämistä. Maahanmuuttajien perhe-elämään, seksuaalisuuteen ja sukupuolirooleihin liittyvät normit ja arvot voivat poiketa suuresti suomalaisista käsityksistä. Lisäksi SELI-terveyttä koskevat asiat koetaan monissa maissa kaikkein yksityisimmiksi asioiksi ja niiden käsitteleminen vieraalla kielellä, vieraassa hallinnollisessa ympäristössä voi tuottaa vaikeuksia kenelle tahansa. Palvelujärjestelmien erilaisuus luo myös omat haasteensa. (Apter ym. 2009, 8; Klemetti & Raussi-Lehto 2013, 82.)

Maasta toiseen muuttaneiden ihmisten elämän yleiseen järjestymiseen ja maahan asettautumiseen vaikuttaa osaltaan se, millaiset mahdollisuudet SELI-terveyden hoitamiseen. Kielivaikeudet, vuorovaikutuksen ongelmat ja tiedon saamisen vaikeudet voivat estää tai vaikeuttaa SELI-terveyspalveluihin hakeutumisen tai oikean palvelun löytämisen (Klemetti & Raussi-Lehto 2013,

82). Palvelun tarjoajan puolelta taas maahanmuuttajien SELI-terveyden tilaan vaikuttaa terveydenhoitojärjestelmän valmius vastata erilaisista taustoista tulevien ihmisten tarpeisiin. Kielikysymyksen/ Ammattitaitoisten tulkkaus ja käännöspalveluiden lisäksi hoitohenkilökunnan asenteet ja tieto sekä esimerkiksi Suomessa muuttajien saatavilla oleva tieto ovat olennaisia tekijöitä terveyspalveluiden laadun ja saavutettavuuden tekijöiden ohella. (Apter ym. 2009, 8.)

### **3.5 Suomessa on vähän tietoa ulkomaalaistaustaisten seksuaali- ja lisääntymisterveydestä.**

Uusimmassa Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelmassa 2014-2020 todetaan, että SELI-terveyteen liittyvää seurantatietoa on saatavilla useista eri lähteistä; lukuisista eri rekistereistä ja väestökyselyistä sekä yksittäisistä tutkimuksista. Kuitenkin erityisryhmien, esimerkiksi maahanmuuttajien osalta, seurantatieto SELI-terveydestä tai seksuaalineuvonnan tarpeista on toistaiseksi vähäistä tai se puuttuu kokonaan samoin kuin tieto heidän terveydestään ja hyvinvoinnistaan ylipäättänsä. (Klemetti & Raussi-Lehto 2013, 12.)

Maahanmuuttajataustaisten lasten ja nuorten terveydestä ja hyvinvoinnista on myös hyvin vähän tietoa saatavilla (Klemetti & Raussi-Lehto 2013). Myöskään seksuaali- ja lisääntymisterveydestä ei ole saatavilla ajanmukaista tietoa. Maahanmuuttajanuorten SELI-terveystiedot vaikuttavat oleellisesti heidän kykyynsä vastuulliseen ja turvalliseen seksuaalikäyttäytymiseen sekä kykyyn hakea tarvittaessa tietoa ja apua. (Nurmeksela 2011, 5.) Aiheen tutkimusta on tarpeen lisätä, jotta maahanmuuttajanuorten erityistarpeisiin osataan vastata. Uuden toimintaohjelman 2014–2020 yhtenä tavoitteena onkin lisätä maahanmuuttajien, myös nuorten, terveyteen ja hyvinvointiin liittyvää tutkimusta (Klemetti & Raussi-Lehto 2013, 83).

Maahanmuuttajataustaisen väestön SELI-terveyttä on tutkittu jossain määrin osana laajaa Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi – hanketta. THL:n koordinoimassa Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi – hankkeessa tutkittiin ensimmäistä kertaa muun muassa maahanmuuttajataustaisen aikuisväestön terveyttä, toimintakykyä, elinoloja, elintapoja, sosiaalista hyvinvointia, syrjintäkokemuksia sekä palvelujen tarvetta ja käyttöä (Castaneda ym. 2012, 3). Lisäksi maahanmuuttajataustaisten nuorten SELI-terveyttä ja siihen liittyvän tietämyksen tasoa on pyritty mittaamaan ensimmäisen kerran vuoden 2013 Kouluterveyskyselyllä. Maahanmuutto- tai muun kulttuuritaustan merkityksen arvioiminen on mahdollista, kun Kouluterveyskyselyn taustatietoihin on lisätty

kysymys vastaajan ja heidän vanhempinsa syntymämaasta. (Kouluterveyskysely 2013:  
<http://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/vaestotutkimukset/kouluterveyskysely/kyselyn-toteuttaminen/kyselylomakkeet>.)

## 4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää maahanmuuttajataustaisten nuorten SELI-terveystietämyksen tasoa ja verrata sitä valtaväestön nuorten SELI-terveystietämykseen sekä tarkastella vastaajien taustatekijöiden yhteyttä SELI-terveystietämykseen. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää maahanmuuttajataustaisten nuorten SELI-terveyden edistämisessä ja palveluiden kehittämisessä.

Opinnäytetyömme tutkimusongelmat pohjautuvat Kouluterveyskyselyn 2013 SELI-terveys – osioon sekä valittuihin taustatietoihin (oppilaitos, kulttuuritausta, Suomessa asuttu aika sekä sukupuoli). Kulttuuritaustan yhteyttä SELI-terveystietämykseen analysoidaan vastaajan ilmoittaman oman ja vanhempien syntymämaan perusteella.

Tutkimusongelmat:

1. Miten peruskoulun, lukion ja ammattioppilaitoksen opiskelijoiden SELI-terveystietämys eroaa toisistaan?
2. Miten maahanmuuttajataustaisten nuorten SELI-terveystietämys eroaa valtaväestön nuorten SELI-terveystietämyksestä?
3. Miten kulttuuritausta vaikuttaa maahanmuuttajataustaisen nuoren SELI-terveystietämykseen?
4. Miten Suomessa asuttu aika vaikuttaa maahanmuuttajataustaisen nuoren SELI-terveystietämykseen?
5. Millainen yhteys sukupuolella on maahanmuuttajataustaisen nuoren SELI-terveystietämykseen?

## 5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Tutkimus toteutettiin määrällistä eli kvantitatiivista tutkimusmenetelmää käyttäen. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tutkimuskohteiden tai -henkilöiden valinta perustuu perusjoukon määrittämiseen. Perusjoukko on tutkimuksessa määritetty joukko, joka sisältää kaikki havaintoyksiköt eli tutkittavat kohteet. Perusjoukosta voidaan valita tutkimukseen joko kaikki havaintoyksiköt tai tehdä edustava otos. Perusjoukon koko vaikuttaa siihen, tehdäänkö kokonaistutkimus vai käytetäänkö otantamenetelmää. Tutkimuksemme on kokonaistutkimus tarkoittaen siis sitä, että koko perusjoukko on otettu mukaan tutkimukseen eikä otantamenetelmää ole käytetty. Kokonaistutkimus on perusteltua tutkimuksemme laajan perusjoukon vuoksi. Tässä tutkimuksessa perusjoukon muodostavat kaikki peruskoulun 8. ja 9. luokan oppilaat sekä lukion ja ammattioppilaitoksen 1. ja 2. vuoden opiskelijat. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa havaintoaineiston tulee olla tarpeeksi laaja ja sen tulee soveltua määrälliseen mittaamiseen sekä tilastollisesti käsiteltävään muotoon. Päätelmiä tehdään tilastolliseen analysointiin perustuen. (Hirsjärvi ym. 2007, 136 ; Vilka 2005, 77-78.)

### 5.1 Tutkimukseen osallistujat ja aineiston keruu

Tutkimukseen osallistujat ovat valtakunnalliseen THL:n toteuttamaan Kouluterveyskyselyyn vastanneita nuoria. Siihen osallistuvat peruskoulujen 8. ja 9. luokkien oppilaat sekä lukioiden ja ammatillisten oppilaitosten 1. ja 2. vuoden opiskelijat. Kyselyyn vastanneisiin sisältyy myös erikoisluokkien, erityiskoulujen ja ammatillisten erityisoppilaitosten opiskelijat, mikäli he pystyvät vastaamaan kyselyyn itsenäisesti. (THL 2014c, viitattu 9.10.2014).

Tutkimuksen aineisto on kerätty kysely- eli ns. surveytutkimuksena täysin strukturoidulla kyselylomakkeella (Kouluterveyskysely 2013). Strukturoidussa kyselylomakkeessa on vakioidut kysymykset sekä vastausvaihtoehdot ja ne esitetään kaikille vastaajille samassa järjestyksessä. (KvantiMOTV, viitattu 11.11.2014.) Aineiston kerääminen kyselylomakkeella soveltuu hyvin suu-  
relle ja hajallaan olevalle joukolle ihmisiä. Kyselylomakkeella pystytään kysymään myös arkaluon-  
toisista asioista ja etuna on myös, että vastaaja jää aina tuntemattomaksi. (Vilka 2005, 74.)

Joka toinen vuosi toteutetulla Kouluterveyskyselyllä kerätään tietoa nuorten SELI-terveydestä sekä nuorten elinoloista, kouluoloista, terveydestä, terveystottumuksista sekä oppilas- ja opiskeli-



jahuollosta. Kyselyn tuloksia käytetään hyväksi oppilaitosten sisällä muun muassa oppilas- ja opiskelijahuoltotyössä sekä terveystiedon opetuksessa, kunnissa kunnallispolitiikassa sekä myös valtakunnallisella tasolla esimerkiksi eri politiikkaohjelmissa. Kaikkien yhteinen tavoite on nuorten terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen (THL 2014d, viitattu 9.10.2014).

Kysely järjestettiin vuonna 2013 ensimmäistä kertaa kaikille opiskelijoille samaan aikaan, maaliskuuhun aikaan. Oppilaat vastasivat kyselyyn yhden oppitunnin aikana opettajan valvonnassa. Vastaaajia oli yhteensä noin 183 000 nuorta. Osallistumiskattavuus oli hyvä peruskouluissa (84 %), lukioissa (77 %), mutta ammattioppilaitoksissa hiukan heikompi (37–43 %). Ammattiin opiskelevien aineiston kattavuutta ei voitu laskea tarkasti, koska opiskelijamääriä ei kerätä valtakunnallisesti vuosikursseittain. (Luopa ym. 2014.)

Opiskelijoiden SELI-terveyden ja -tietämyksen tasoa mitataan opetussisältöjä koskevien kysymysten ja väittämien avulla. Kyseisten väittämien aiheet ovat sisältyneet peruskoulun 8.-9. – luokkalaisten opetussuunnitelmaan, joten heidän tulisi tietää oikeat vastaukset väittämiin. Seksuaalisuuden perusteet kuuluvat opetukseen 5.-6. –luokilla. Opetuksen sisältöön kuuluu seksuaalisen kehityksen vaihtelut. Luokilla 7-9 biologian oppiaineessa käsitellään seksuaalisen kehityksen vaihtelut, jolloin tavoitteena on, että oppilas ymmärtää seksuaalisuuden ja lisääntymisen biologisen perustan. Terveystiedossa luokilla 7-9 käsitellään kahta eri seksuaalisuuteen liittyvää aihekokonaisuutta: kehittyvä seksuaalisuus ja seksuaaliterveys sekä seksuaalisuus ja käyttäytyminen. Näiden aihekokonaisuuksien lisäksi opetuksessa käsitellään seksuaaliterveyden perusteista raskauden ehkäisyn merkitys sekä vastuullinen seksuaalinen käyttäytyminen. (Opetushallitus 2004.)

Tässä tutkimuksessa keskitytään SELI-terveystietämystä mittaavaan kysymykseen, jonka väittämät on esitetty taulukossa 1. Esitetyistä väittämistä seksuaalisen kehityksen ja lisääntymisbiologian vaiheiden tuntemista mittaavat väittämät numero 1, 4 ja 5. Seksuaaliterveystietämystä mittaavat väittämät numero 2-3. Sukupuolitauteihin liittyvä tietämys tulisi sisältyä seksuaaliterveyskasvatukseen ja niihin liittyvää tietämystä mittaavat väittämät 6-10. (TAULUKKO 1.)

TAULUKKO 1. Kouluterveyskyselyn 2013 seksuaaliterveyttä koskevat väittämät (THL 2013a).

---

Väittämät

---

1. Kuukautisten alkaminen on merkki siitä, että tyttö voi tulla raskaaksi
2. Ehkäisvälineistä vain kondomi suojaa sukupuolitaudeilta
3. Sukupuolitauti on joskus täysin oireeton
4. Nainen ei voi tulla raskaaksi ensimmäisellä yhdyntäkerralla
5. Siemensyöksyjen alkaminen on merkki siitä, että poika on tullut sukukypsäksi ja voi siittää lapsia
6. Klamydiatulehdus voi aiheuttaa hedelmättömyyttä
7. Kerran sairastettua sukupuolitauteja ei voi saada uudelleen
8. Saatuaan HI-viruksen henkilö voi tartuttaa sitä muihin loppuikänsä
9. Papilloomia (HPV) -rokote suojaa kohdunkaulan syövältä
10. Papilloomia (HPV) -rokote suojaa kaikilta sukupuolitaudeilta

Vuoden 2013 Kouluterveyskysely mahdollisti ensimmäistä kertaa maahanmuuttajataustaisten nuorten terveystutkimuksen, koska kyselyyn oli sisällytetty kysymys vastaajien ja heidän vanhempiensa syntymämaasta. Vastausvaihtoehtoina olivat Suomi, Ruotsi, Venäjä tai entinen Neuvostoliitto, Viro, muu Euroopan maa, Somalia, Irak, Kiina, Thaimaa tai jokin muu maa. (Matikka ym. 2014.)

Aineisto luokiteltiin tässä tutkimuksessa lähtökohtaisesti lapsen tai vanhempien syntymämaan mukaan seuraavasti:

1. **Valtaväestö:** Suomessa syntyneiden vanhempien lapset.
2. **Monikulttuuristen** perheiden ryhmä 1: lapset syntyneet Suomessa, vanhemmista toinen on syntynyt Suomessa ja toinen muualla.
3. **Monikulttuuristen** perheiden ryhmä 2: lapset joko itse syntyneet muualla, vanhemmista toinen on syntynyt Suomessa ja toinen muualla tai vastaajan oma syntymämaa puuttuu, vanhemmista toinen on syntynyt Suomessa ja toinen muualla, tai itse on syntynyt muualla ja ainoa vanhempi on syntynyt Suomessa.
4. **Toisen sukupolven maahanmuuttajat:** lapset syntyneet Suomessa, mutta molemmat vanhemmat muualla tai itse Suomessa, ainoa vanhempi muualla
5. **Ensimmäisen sukupolven maahanmuuttajat.** : lapset ja molemmat vanhemmat muualla tai lapset ja ainoa vanhempi muualla

Kulttuuritaustan vaikutuksen selvittämiseksi aineisto luokiteltiin kulttuuriryhmiin seuraavasti:

- A. **Pohjoismaat:** Suomessa tai Ruotsissa syntyneiden vanhempien lapset.
- B. **Itä-Eurooppa:** Venäjällä, entisessä Neuvostoliittossa tai Virossa syntyneiden vanhempien lapset
- C. **Muu Euroopan maa:** lapsen vanhemmat syntyneet muussa Euroopan maassa
- D. **Aasia:** lapsen vanhemmat syntyneet Kiinassa tai Thaimaassa
- E. **Muut maat:** lapsen vanhemmat syntyneet Somaliassa, Irakissa tai jossakin muussa aiempiin ryhmiin kuulumattomassa maassa

## 5.2 Aineiston analysointi ja tilastolliset menetelmät

Tutkimusaineiston perustana oli Kouluterveyskyselystä (2013) pyydetty aineisto, joka talletettiin SPSS-tiedostona. Tulokset analysoitiin käyttämällä SPSS-tilasto-ohjelman versiota 21.0 (SPSS Inc., Chicago, IL). Luokiteltujen muuttujien analysoimisessa käytettiin ristiintaulukointia (cross-tabs) ja frekvenssitaulukointia.

Tulosten alustavassa tarkastelussa käytettiin Box plot-pylväitä, jossa nähdään havainnollisesti arvojen jakauma. Box plot-laatikon sisälle jää 50 % vastaajista, hajontajan sisälle 25 % laatikon sisällä olevia arvoja alemmat ja korkeammat luvut. Laatikon sisällä oleva poikkiviiva on kaikkien tulosten keskiluku eli mediaani.

## 6 TUTKIMUSTULOKSET

### 6.1 Vastaajien taustatiedot

Opinnäytetyömme aineiston vastaajien määrä on 178 441 nuorta, joista 89,9 % on valtaväestöön luettavia nuoria (*TAULUKKO 2*). Kuten taulukossa 2 on esitetty, yli puolet (54,1 %) vastaajista on peruskoululaisia. Lukiolaisia on vastaajissa enemmän kuin ammattioppilaitosta käyviä nuoria (26,9 % vrt 19,0 % kaikista vastaajista), mikä johtunee lukiolaisten vastaajien paremmasta kattavuudesta ammattioppilaitoksen opiskelijoihin verrattuna.

Monikulttuuriseen tai maahanmuuttajien ryhmään kuuluvia nuoria on yhteensä noin 10% kaikista vastaajista. Heistä lähes puolet (49,2 %) luetaan monikulttuuristen 1 ryhmään, joilla toinen vanhemmista on syntyperältään suomalainen. Ensimmäisen ja toisen sukupolven maahanmuuttajia on yhteensä 42,9 % monikulttuuriseen tai maahanmuuttajien ryhmään kuuluvista vastaajista (*TAULUKKO 2*). Kyselyyn vastasi 5 018 ensimmäiseen sukupolveen kuuluvaa maahanmuuttajanuorta sekä 2651 toiseen sukupolveen kuuluvaa maahanmuuttajanuorta.

Nuorten hyvinvointi Suomessa 2000-2013 –raportin 25/2014 mukaan vastanneiden joukossa on yleisesti ottaen enemmän poikia kuin tyttöjä (Luopa ym. 2014). Tämä vastaa hyvin Väestörekisterikeskuksen tietoa Suomen väestön sukupuolijakaumasta nuorten ikäryhmissä (Väestörekisterikeskus 2014, viitattu 4.11.2014). Tämän tutkimuksen aineistossa havaittiin kuitenkin poikien ja tyttöjen määrän suhteen vaihtelua riippuen tarkasteluasetelmasta. Peruskoululaisten vastanneiden joukossa on hiukan vähemmän poikia kuin tyttöjä valtaväestön ja monikulttuuristen 1 –ryhmässä (*TAULUKKO 2*). Sen sijaan poikia (3 024) oli normaalijakaumaa selvästi enemmän kuin tyttöjä (1 994) ensimmäisen sukupolven maahanmuuttajien ryhmässä. Taulukon 2 esittämän tuloksen mukaan tutkimukseen osallistuneista toisen asteen koulua käyvistä tytöistä suurempi osa on lukiossa kun taas pojista suurempi osa on ammattikoulussa.

Tarkasteltaessa tyttöjen ja poikien määrän suhdetta tutkimukseen vastanneiden peruskoululaisten joukossa eri kulttuuriryhmien kesken todettiin, että tyttöjä on enemmän Pohjoismaisen tai Itä-Eurooppalaisen kulttuuritaustan omaavissa nuorissa (*TAULUKKO 3*). Muissa ryhmissä on poikia enemmän. Olisi houkuttelevaa päätellä, että tyttöjen ja poikien määrän suhteet ovat yhteydessä raportoituun tietoon siitä, että syntyvien tyttöjen ja poikien suhde vaihtelee eri maanosissa tai

maissa (Grech ym. 2002, 1010–1011). Kuitenkin Kouluterveyskyselyn yhteydessä päätellään poikien ja tyttöjen keskinäisen suhteen vaihtelun olevan osittain seurausta käyttäytymismallista, johon liittyy poissaolot koulusta tai suoranainen vastaamattomuus kyselytutkimukseen. Poikien suuri osuus peruskoulun 1. sukupolven maahanmuuttajien ryhmässä voi osittain selittyä sillä, että alaikäisistä turvapaikanhakijoista on Maahanmuuttoviraston tilastokatsauksen (2013, viitattu 19.11.2014) mukaan noin 80 % poikia.

	Peruskoulu			Lukio			Ammattikoulu		
	Total (N)	Tytöt	Pojat	Total (N)	Tytöt	Pojat	Total (N)	Tytöt	Pojat
Valtaväestö	86 065	50,30 %	49,70 %	43 859	57,20 %	42,80 %	30 622	45,40 %	54,60 %
Monikulttuuriset I	5 129	53,80 %	46,20 %	2 261	59,50 %	40,50 %	1 416	50,60 %	49,40 %
Monikulttuuriset II	843	49,20 %	50,80 %	363	58,40 %	41,60 %	214	40,70 %	59,30 %
2. sukupolven maahanmuuttajat	1 641	47,30 %	52,70 %	703	56,00 %	44,00 %	307	44,30 %	55,70 %
1. sukupolven maahanmuuttajat	2 784	41,10 %	58,90 %	830	54,60 %	45,40 %	1 404	28,30 %	71,70 %

TAULUKKO 2. Kouluterveyskyselyyn osallistuvien nuorten kokonaismäärät lapsen ja vanhempien syntymämaan mukaan muodostetuissa ryhmissä.

	Peruskoulu			Lukio			Ammattikoulu		
	Total (N)	Tytöt	Pojat	Total (N)	Tytöt	Pojat	Total (N)	Tytöt	Pojat
Pohjoismaat	90 536	50,50 %	49,50 %	45 770	57,40 %	42,60 %	32 101	45,60 %	54,40 %
Itä-Eurooppa	1 251	51,80 %	48,20 %	490	62,20 %	37,80 %	560	41,30 %	58,70 %
Muu Eurooppa	417	48,90 %	51,10 %	205	56,10 %	43,90 %	148	30,40 %	69,60 %
Aasia	270	48,50 %	51,50 %	86	46,50 %	53,50 %	105	27,60 %	72,40 %
Muut ilmoitetut maat	2 206	43,20 %	56,80 %	799	54,80 %	45,20 %	636	34,30 %	65,70 %

TAULUKKO 3. Kouluterveyskyselyyn osallistuvien nuorten kokonaismäärät kulttuuriryhmän mukaan muodostetuissa ryhmissä.

Nuorten kulttuuritaustaa selvittäessä todetaan Itä-Euroopasta lähtöisin olevia nuoria olevan kaikissa kouluryhmissä enemmän kuin muun Euroopan tai aasialaisen kulttuuritaustan omaavia nuoria. Huomioitavaa on, että noin puolet maahanmuuttajataustaisista nuorista on kulttuuritaust-

taltaan muuta kuin eurooppalaisia tai aasialaisia. Tähän ryhmään kuuluvien nuorten kulttuuritausta on todennäköisesti lähtöisin Afrikasta tai Lähi-idästä. (TAULUKKO 3.)

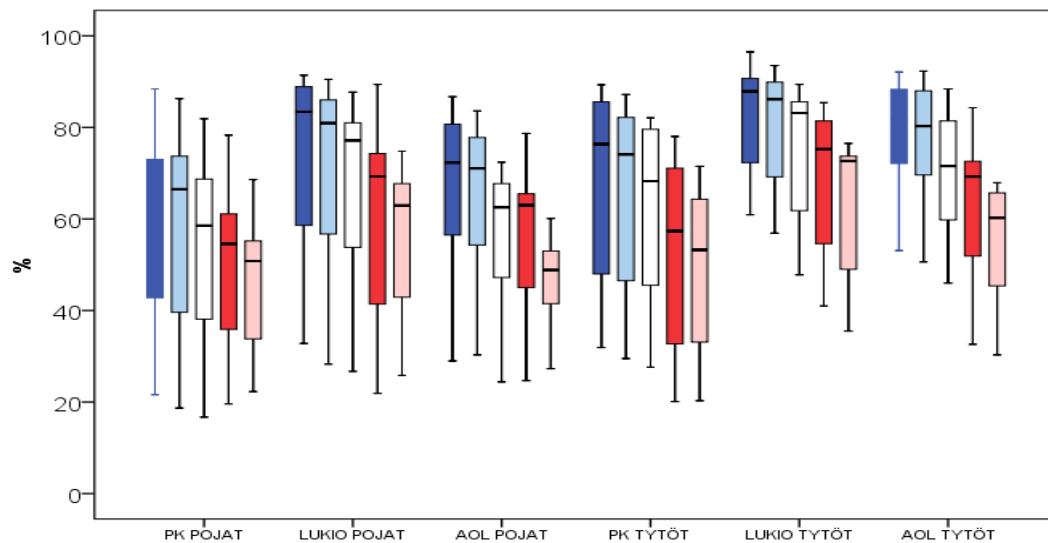
## **6.2 Maahanmuuttajataustaisten nuorten SELI-terveystietämys verrattuna valtaväestön nuorten SELI-terveystietämykseen**

Kouluterveystutkimukseen osallistuvien nuorten SELI-terveystietämystä arvioitiin kymmenellä eri väittämällä, joihin vastaaja valitsi vastauksen ”oikein”, ”väärin” tai ”en tiedä”.

Yleisesti ottaen maahanmuuttajataustaisten nuorten tietämys on tulosten mukaan heikompaa kuin valtaväestön nuorten. Kuvion 3 esittävästä tuloksesta havaitaan, että valtaväestön ja monikulttuurisen 1 –ryhmän nuoret ovat vastanneet kysymyksiin keskimääräisesti muita useammin oikein kaikissa oppilaitoksissa eikä näiden kahden ryhmän oikein vastanneiden osuuden mediaani-arvojen välillä ole merkittävää eroa. Valtaväestön nuorten tietämykseen verrattuna sekä ensimmäisen että toisen sukupolven maahanmuuttajataustaisten nuorten tietämyksen taso on selvästi heikompi. Ensimmäisen sukupolven tietämys on heikompaa kuin toisen sukupolven tietämys.

## **6.3 Oppilaitoksen yhteys maahanmuuttajataustaisen nuoren SELI-terveystietämykseen**

Tuloksissa näkyy selkeästi vastaajan tietojen karttuminen iän ja koulunkäynnin myötä siten, että peruskoulua käyvien nuorten vastaukset ovat selvästi harvemmin oikein kuin vastaavissa ryhmissä lukiota tai ammattikoulua käyvien nuorten vastaukset (KUVIO 3). Tulosten mukaan kaikkien lukion opiskelijoiden, sekä tyttöjen että poikien, tietämystaso on paras muihin oppilaitoksiin verrattuna.



KUVIO 3. Kymmeneen SELI-terveystietämystä mittaavaan väittämään oikein vastanneiden osuuksien keskiarvot ryhmitettynä kouluasteen (PK = peruskoulu; Lukio; AOL = ammattikoulu) ja lapsen tai vanhemman syntymämaan mukaan. Tutkimusryhmät: Tumma sininen = Valtaväestö; Vaalea sininen = Monikulttuurinen 1; Valkoinen = Monikulttuurinen 2; Tumma punainen = 1 polven maahanmuuttaja; Vaalea punainen = 2 polven maahanmuuttaja

Tarkasteltaessa oikeiden vastausten osuutta eri väittämissä, todettiin jo peruskoulussa parhaiten tiedettyjen asioiden olevan tytöillä kuukautisiin liittyvä väittämä 1 (oikein vastanneita 89 % valtaväestössä, 72 % 1. sukupolven maahanmuuttajien ryhmässä) ja pojilla siemensyöksyyn liittyvä väittämä 5 (oikein vastanneita 88 % valtaväestössä, 69 % 1. sukupolven maahanmuuttajien ryhmässä). Väittämä 5 oli parhaiten tunnettu asia myös lukiota käyvien (91–75 %) ja ammattikoulua käyvien poikien (87–60 %) ryhmissä kun aineisto ryhmiteltiin maahanmuuttajataustaisuuden perusteella.

Peruskoulussa ja ammattioppilaitoksessa opiskelevien nuorten tietämys on heikompaa kuin luki-ossa opiskelevien nuorten ja tietämys vaihtelee selvästi kysymyksittäin. Esimerkiksi maahanmuuttajataustaisten peruskoulun oppilaiden tietämys on heikompaa väittämissä numero 6 (Klamydiatulehdus voi aiheuttaa hedelmättömyyttä), 9 (Papilloomia (HPV)-rokote suojaa kohdunkaulan syövältä) ja 10 (Papilloomia (HPV)-rokote suojaa kaikilta sukupuolitaudeilta) verrattuna maahanmuuttajataustaisten ammattioppilaitoksen opiskelijoiden tietämykseen samoissa väittä-

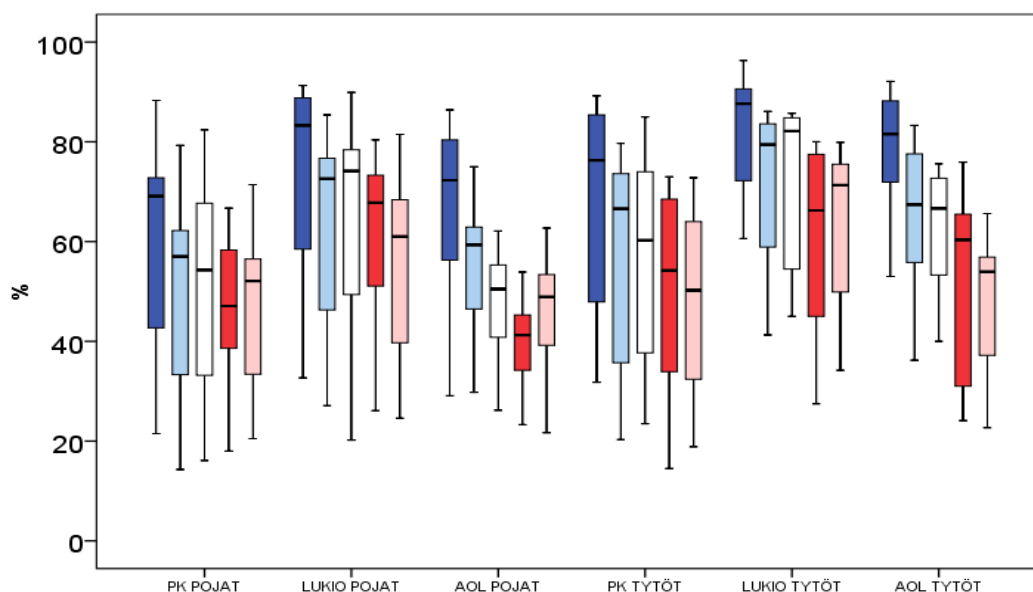
missä, sekä tyttöjen että poikien tutkimus- ja kulttuuriryhmissä. Tyttöjen välisessä vertailussa kyseinen ero on selkeä; peruskoulussa väittämien numero 6, 9 ja 10 oikein vastanneiden määrä vaihtelee välillä 15–48 % kun taas ammattioppilaitoksessa oikein vastanneiden määrä vaihtelee välillä 23–72 %. Poikien välisessä vertailussa erot ovat maltillisemmat peruskoulun ja ammattioppilaitoksen välillä kyseisiä kysymyksiä tarkasteltaessa; peruskoulussa tulos vaihtelee välillä 14–43 % ja ammattioppilaitoksessa 22–56 %.

Oppilaitosten sisäisessä vertailussa lukiota ja ammattioppilaitosta tarkasteltaessa maahanmuuttajataustaisten tyttöjen tietämys oli suhteellisen tasaista kaikissa väittämissä. Peruskoulussa väittämä 1 (Kuukautisten alkaminen on merkki siitä, että tyttö voi tulla raskaaksi) erottui muista väittämistä siten, että maahanmuuttajataustaiset tytöt vastasivat siihen ryhmästä riippumatta eniten oikein. Tulos vaihteli monikulttuurisen 1 ryhmän tuloksesta (87 %) ensimmäisen sukupolven maahanmuuttajien tulokseen (72 %).

#### **6.4 Kulttuuritaustan yhteys maahanmuuttajataustaisen nuoren SELI-terveystietämykseen**

Pohjoismaalaiseen kulttuuritaustaan luetut nuoret olivat oppilaitoksesta sekä sukupuolesta riippumatta vastanneet merkittävästi enemmän oikein esitettyihin väittämiin kuin muihin kulttuuriryhmiin lasketut nuoret. (KUVIO 4.) Aasian (Kiina, Thaimaa) ja muiden ilmoitettujen maiden (Somaalia, Irak, jokin muu maa) tietämys oli heikointa kaikissa oppilaitoksissa, sekä tyttöjen ja poikien ryhmässä. Tulosten mukaan peruskoulussa ja lukiossa sekä tyttöjen että poikien osalta muualta Euroopasta tulleiden tietämys oli hieman vahvempaa kuin Itä-Euroopasta tulleiden. Ammattioppilaitoksessa taustaltaan itäeurooppalaisten tietämys oli vahvempaa kuin muualta Euroopasta tulleiden sekä tyttöjen että poikien osalta.





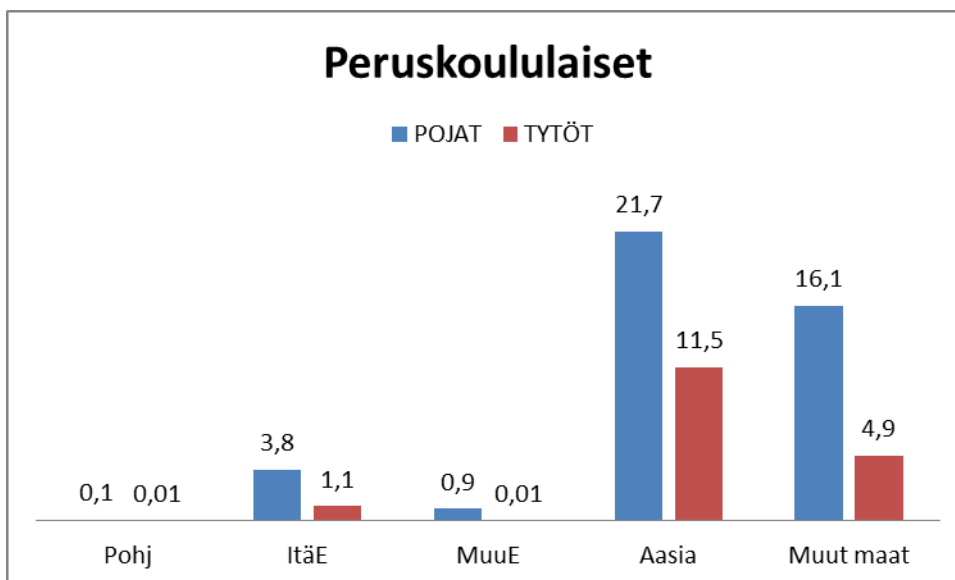
KUVIO 4. Kymmeneen SELI-terveystietämystä mittaavaan väittämään oikein vastanneiden osuuksien keskiarvot ryhmitettynä kouluasteen (PK=peruskoulu; Lukio; AOL=ammattikoulu) ja lapsen kulttuuritaustan mukaan. Kulttuuritausta ryhmät: Pohjoismaat (tumma sininen); Itä-Eurooppa (vaalea sininen); Muu Eurooppa (valkoinen); Aasia (tumman punainen); Muut maat (vaalea punainen).

## 6.5 Suomessa asutun ajan yhteys maahanmuuttajataustaisen nuoren SELI-terveystietämykseen

Tulosten mukaan kaikista vastaajista yli 85 % oli asunut Suomessa koko ikänsä silloin, kun he kuuluivat valtaväestöön, monikulttuuristen perheiden 1 ryhmään tai toisen sukupolven maahanmuuttajaryhmään. Sen sijaan monikulttuuristen perheiden 2 ryhmään luetuista nuorista korkeintaan 25 % oli asunut Suomessa koko ikänsä ja merkittävä osa alle 10 vuotta. Lyhyitä Suomessa asumisaikoja todettiin erityisesti ensimmäisen sukupolven maahanmuuttajanuorten ryhmissä, sekä tytöillä että pojilla. Kyseiset ryhmät muodostivat selvästi suurimman joukon alle vuoden Suomessa asuneissa verrattuna muihin tutkimusryhmiin.

Mielenkiintoinen tyttöjen ja poikien määriin liittyvä ero tuli esille ensimmäisen sukupolven maahanmuuttajien ryhmässä, missä ammattioppilaitoksessa ja peruskoulussa opiskelevista pojista 21–24 % oli asunut Suomessa jopa alle vuoden, kun vastaava osuus tytöillä oli vain 6–9 %. Luki-ossa alle vuoden Suomessa asuneiden maahanmuuttajataustaisten poikien määrä oli 10,4 % ja tyttöjen 5,3 % kaikista tutkimukseen osallistuneista lukiossa opiskelevista 1. sukupolven maa-

hanmuuttajataustaisista nuorista. (KUVIO 5.) Analysoitaessa alle vuoden Suomessa asuneiden nuorten kulttuuritaustan alkuperää havaittiin valtaosan heistä olevan lähtöisin Aasiasta tai muista kuin Euroopan tai Itä-Euroopan maista.



KUVIO 5: Alle vuoden Suomessa asuneiden peruskoulua käyvien poikien ja tyttöjen osuus nuoren vanhempien syntymämaan perusteella jaetuissa kulttuuriryhmissä.

Kouluterveyskyselyyn vastanneiden joukossa SELI-terveystietämys oli heikointa ensimmäisen sukupolven maahanmuuttajilla ja seuraavaksi heikointa toisen sukupolven maahanmuuttajanuorilla.

## 6.6 Sukupuolen yhteys maahanmuuttajataustaisen nuoren SELI-terveystietämykseen

Halusimme tarkastella sukupuolen yhteyttä maahanmuuttajataustaisen nuoren SELI-terveystietämykseen. Sukupuolen pystyimme selvittämään taustatiedoista. Tyttöjen tietämys kaikissa Kouluterveyskyselyn väittämässä oli hieman parempaa kuin poikien tietämys (KUVIO 3-4). Poikien tietämyksen taso oli selvästi heikompaa erityisesti ammattioppilaitoksissa verrattuna lukioon ja peruskouluun.

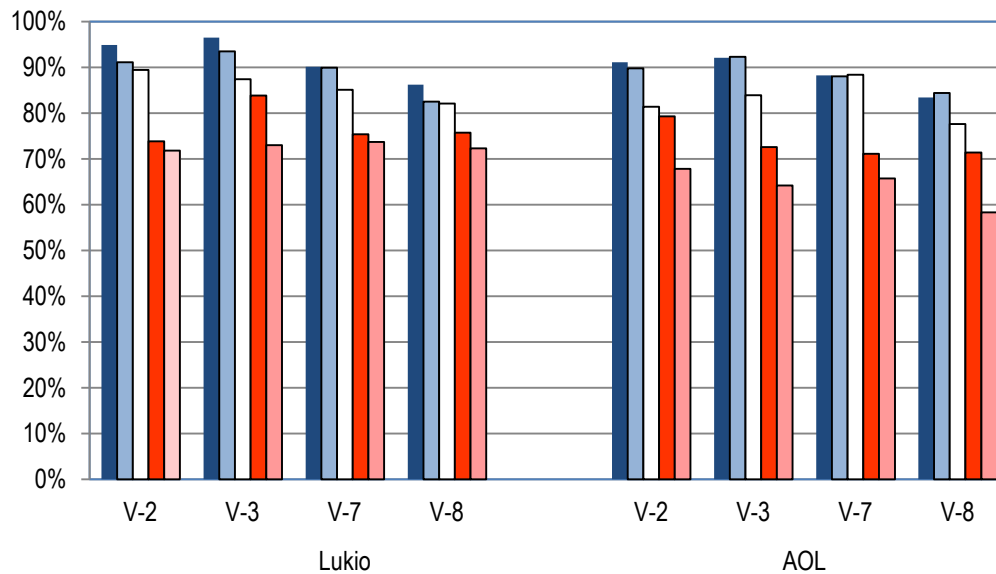
Oppilaitoksesta ja tutkimusryhmästä riippumatta poikien tietämys oli parhainta väittämässä numero 5 (Siemensyöksyjen alkaminen on merkki siitä, että poika on tullut sukukypsäksi). Oikein vastanneiden osuus oli 60–90% kaikista vastanneista poikien joukossa. Heikointa maahanmuuttajataustaisten poikien tietämys oli HPV-infektioihin liittyvissä väittämässä (väittämät numero 9 ja 10)

kaikissa oppilaitoksissa sekä kulttuuri- ja tutkimusryhmissä. En tiedä –vastanneita oli noin 55-75 % väittämässä numero 9. Väittämässä numero 10 En tiedä –vastanneita oli hieman vähemmän ollen noin 45-65 %. Oikein vastanneiden osuus näiden väittämien osalta kaikissa ryhmissä oli noin 15–50 %. Lisäksi poikien tietämys oli heikompaa klamydiatulehdukseen liittyvässä väittämässä numero 6 (Klamydiatulehdus voi aiheuttaa hedelmättömyyttä), erityisesti peruskoulussa, jossa En tiedä –vastanneita oli kaikissa ryhmissä yli 50 %. (LIITE 1.)

Maahanmuuttajataustaisten tyttöjen tietämys ei korostunut erityisesti minkään väittämän kohdalla, toisin kuin pojilla esimerkiksi väittämän numero 5 kohdalla. Tyttöjen tietämys oli parempaa ja laaja-alaisempaa kuin pojilla lähes kaikissa väittämässä. Myös maahanmuuttajataustaisten tyttöjen tietämys oli heikkoa HPV-rokotteeseen liittyvissä väittämässä (väittämät numero 9 ja 10) sekä klamydiatulehdukseen liittyvässä väittämässä (väittämä numero 6). Kaikkien kulttuuri- ja tutkimusryhmien kesken väittämässä numero 9 En tiedä - vastanneita oli noin 40–75 % ja väittämässä numero 10 En tiedä – vastanneita oli noin 33–75 %. Klamydiatulehdukseen liittyvässä väittämässä peruskoulussa En tiedä- vastanneiden määrä oli noin 50–60 %. Lukiossa ja ammattioppilaitoksessa En tiedä- vastanneita oli noin 25–60 %. (LIITE 2.)

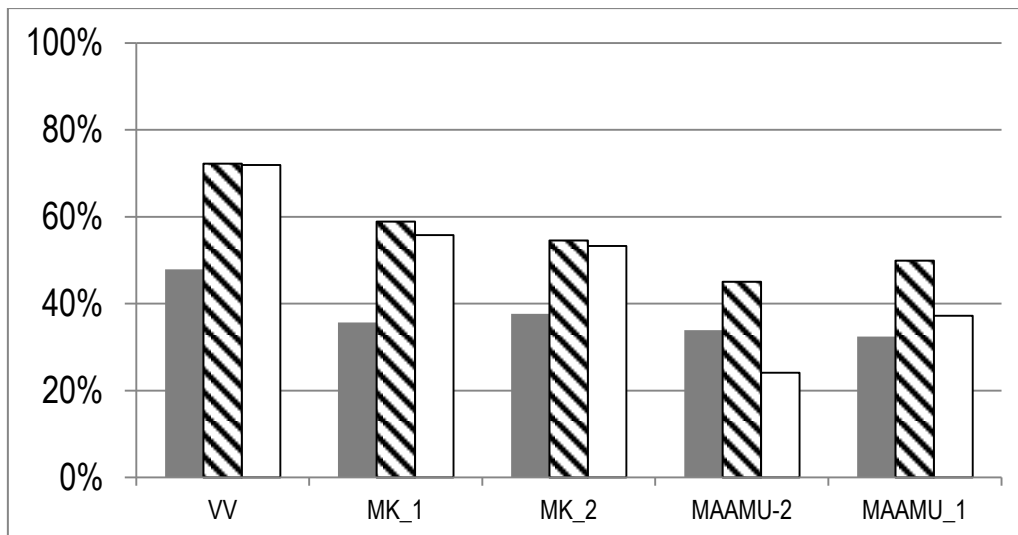
## **6.7 Nuorten tiedot sukupuolitaudeista**

Seuraavassa kappaleessa esitetyt prosenttiluvut on poimittu tyttöjen vastauksista, kun aineisto on ryhmitetty maahanmuuttotautaisuuden perusteella. Vastaavat luvut poikien ryhmissä ovat säännöllisesti hiukan heikompia, ja ryhmien väliset erot verrattavissa eroihin tyttöjen ryhmissä. Oikein-vastanneiden osuus kondomin suojaavasta vaikutuksesta (väittämä 2), sukupuolitaudin oireettomuudesta (väittämä 3), sukupuolitaudin uusiutumismahdollisuudesta (väittämä 7) sekä HIV-infektion tarttuvuudesta (väittämä 8), vaihteli peruskoulun tyttöjen joukossa valtaväestön parhaasta (86–67 %) ensimmäisen sukupolven maahanmuuttajien heikoimpaan (64–52 %) tietämystasoon. Tietämys sukupuolitaudeista parani selvästi lukiota tai ammattioppilaitosta käyvien nuorten keskuudessa. Lukiossa ja ammattioppilaitoksessa yllä olevien väittämien tietämys vaihteli valtaväestön parhaasta tietämyksestä (97–83 %) ensimmäisen sukupolven maahanmuuttajien heikoimpaan tietämykseen (74–58 %). Lähes kolmannes maahanmuuttajataustaisista työistä (25–40 %) ei tiennyt oikeaa vastausta väittämiin 7 tai 8 (KUVIO 6). Kondomin suojaavan vaikutuksen ja sukupuolitautilien mahdollisen oireettomuuden tiesi jopa 90 % vastanneista myös ammattioppilaitosta käyvien ryhmissä.



KUVIO 6. Oikein vastanneiden osuus (%) kondomin suojaavaan vaikutukseen (V-2), sukupuolitaudin oireettomuuteen (V-3), sukupuolitaudin uusiutumismahdollisuuteen (V-7) tai HIV-infektion tartuttavuuteen (V-8) liittyviin väittämiin lukiota tai ammattikoulua käyvien tyttöjen ryhmissä. Tutkimusryhmät pylväinä: Valtaväestö (tumma sininen), monikulttuuriset 1 (vaalea sininen), monikulttuuriset 2 (valkoinen), 2.sukupolven maahanmuuttajat (tumma punainen) ja 1. sukupolven maahanmuuttaja (vaalea punainen).

Klamydia-infektion yhteys myöhemmin ilmenevään hedelmättömyyteen oli suhteellisen heikosti tunnettu asia jopa lukiossa, missä vain 72 % valtaväestön tytöistä ja vain 49 % 1. sukupolven maahanmuuttajatyttöistä vastasi oikein väittämään 6 (KUVIO 7.). Heikoimmat tiedot tähän väittämään oli aasialaisen kulttuuritaustan omaavilla peruskoulua (34 % oikein vastanneita) tai ammat-  
tioppilaitosta (24 %) käyvillä tytöillä.

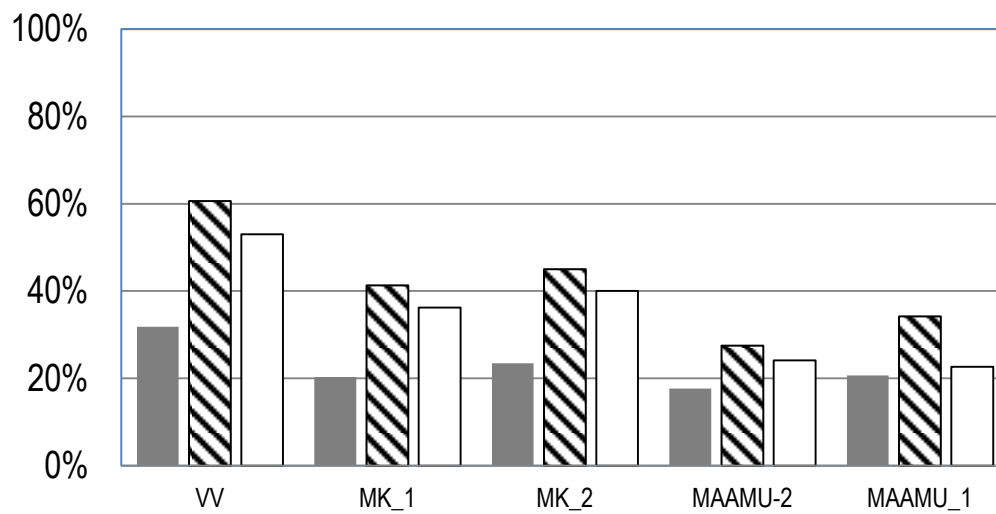


KUVIO 7. Oikein vastanneiden tyttöjen osuus (%) klamydia infektion yhteydestä lapsettomuuteen (Väittämä 6) eri kouluasteilla (Peruskoulu = tumma harmaa; Lukio = vinoviiva; Ammattikoulu = valkoinen) eri tutkimusryhmissä: VV Valtaväestö; MK\_1 monikulttuuriset 1; MK\_2 monikulttuuriset 2; MAAMU-2 2.sukupolven maahanmuuttajat ja MAAMU-1 1. sukupolven maahanmuuttaja.

## 6.8 Nuorten tiedot HPV-rokotteesta

HPV- rokotteeseen liittyviin väittämiin saatiin säännöllisesti muita väittämiä heikommat tulokset kaikissa kouluryhmissä riippumatta maahanmuuttotaustaisuudesta, kulttuuriryhmästä tai sukupuolesta. Yleisesti ottaen kaikkien Kouluterveyskyselyyn vastanneiden tietämys HPV-rokotteeseen liittyviin väittämiin vaihteli peruskoulussa välillä 14–38%. Peruskoulun oppilaiden heikko tietämys näkyi kaikkien tutkimus- ja kulttuuriryhmien kesken En tiedä - vastausten suuressa määrässä (60–79 %). Lukiossa ja ammattioppilaitoksessa opiskelijoiden tietämys oli parempaa ja vastaava luku vaihteli välillä 20–70%.

Aasialaisen kulttuuritaustan omaavilla tytöillä oli heikoin tietämys väittämään 9 (Papillooma (HPV) -rokote suojaa kohdunkaulan syövältä). Kyseisessä väittämässä oikein vastanneiden osuus oli 18 % peruskoulussa, 28 % lukiossa ja 24 % ammattioppilaitoksessa. Mielenkiintoista oli, että väittämässä numero 9 peruskoulun ja lukion tietämyksen ero oli suurempi valtaväestön ja monikulttuuristen ryhmässä verrattuna 2. ja 1. sukupolven maahanmuuttajien ryhmiin. (KUVIO 8.) Poikien tietämys tyttöihin verrattuna oli heikompaa (Tarkempaa tietoa, katso luku 6.6.).



KUVIO 8. Oikein vastanneiden tyttöjen osuus (%) papilloomarokotuksen suojaavasta vaikutuksesta kohdunkaulansyöpään (Väittämä 9) eri kouluasteilla (Peruskoulu = tumma harmaa; Lukio = vinoviiva; Ammattikoulu = valkoinen) eri tutkimusryhmissä: VV Valtaväestö; MK\_1 monikulttuuriset 1; MK\_2 monikulttuuriset 2; MAAMU-2 2.sukupolven maahanmuuttajat ja MAAMU-1 1. sukupolven maahanmuuttajat.

## 7 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELUA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Kouluterveyskyselyn tulosten mukaan nuorten tietämys SELI-terveyteen liittyviin väittämiin vaihteli koulutason mukaan, mutta myös maahanmuutto- tai kulttuuritaustalla oli selvä yhteys heikompaan tietämystasoon verrattuna valtaväestön nuoriin. Tulostemme perusteella lyhyt Suomessa asuttu aika ja siihen mahdollisesti liittyvä heikko kielitaito selittävät etenkin ensimmäisen sukupolven maahanmuuttajanuorten heikkoa SELI-terveystietämystä. Toisaalta myös toisen sukupolven maahanmuuttajataustaisten nuorten tietämystaso oli vertailuaineistoa heikompi, vaikka he olivat asuneet Suomessa koko ikänsä. Selkeä yhteys heikkoon tietämystasoon näyttää olevan erityisesti nuoren kulttuuritaustalla ja yhteys säilyi koulutustason edetessäkin. Tässä tutkimuksessa muita kulttuuriryhmiä selvästi heikoimmat tulokset olivat Aasiasta ja Euroopan ulkopuolelta lähtöisin olevilla tytöillä ja pojilla. Tämän tutkimuksen aineisto ei mahdollistanut sosioekonomisen taustan vaikutuksen selvittämistä nuoren tietämystasoon. Sosioekonomisen taustan yhteyttä SELI-terveyteen on tutkittu THL:n Terveys 2000 ja Terveys 2011- väestötutkimuksiin perustuvassa tuoreessa tutkimuksessa, jonka mukaan sosioekonomisella taustalla on selvä yhteys henkilön SELI-terveyteen (Isola & Ali-Sisto 2014). Oletettavaa on, että koulussa opiskelvat SELI-terveyteen liittyvät asiat luovat pohjaa nuoren myöhemmälle seksuaalikäyttäytymiselle ja valinnoille.

Tulosten mukaan ihmisen lisääntymisterveyteen liittyvät kysymykset ja kondomin sukupuolitaudeilta suojaava vaikutus oli parhaiten tunnettuja asioita eri koulutustasoilla kaikissa tutkimusryhmissä. Sen sijaan tietämys sukupuolitauteihin, etenkin klamydiatulehdukseen, sekä HPV-rokotteeseen liittyvissä väittämissä oli heikkoa kaikissa kulttuuri- ja tutkimusryhmissä.

Osana kansallista rokotusohjelmaa HPV- eli papilloomavirusrokotetta alettiin tarjota 7.-9.- luokkalaisille tytöille marraskuussa 2013. Rokotuksia edelsi laaja tiedotuskampanja joka toteutettiin syksyllä 2013. (THL 2013b, viitattu 24.10.2014). Vertaamalla tässä tutkimuksessa saatuja HPV-rokotteeseen liittyvien väittämien heikkoja tuloksia seuraavan Kouluterveyskyselyn vastaaviin, tuloksia voidaan lähitulevaisuudessa arvioida kyseisen kampanjan ja muun tiedotustoiminnan vaikutusta nuorten tietämystasoon paitsi HPV-infektioista myös muista sukupuolitaudeista.

Seksuaaliterveys, mukaan lukien sukupuolitaudit, sisältyvät sekä peruskoulun että toisen asteen oppilaitosten opetusohjelmaan ja periaatteessa Kouluterveyskyselyyn osallistuvien nuorten tulisi

tietää vastaukset sukupuolitauteihin liittyviin väittämiin (Opetushallitus 2004, viitattu 9.10.2014). Yhteenvedona arvioimme tulostemme viittaavan siihen, että koulujen opetusohjelmaan sisältyvän seksuaaliterveyden opetuksen sisältö on ehkä puutteellista tai vähäistä erityisesti sukupuolitautien osalta. Koska sukupuolitaudit voivat vaikuttaa merkittäväällä tavalla myöhemmässä elämänsä vaiheessa yksilön SELI-terveyteen, on varhainen oppiminen ja asioiden sisäistäminen tärkeää. Koulun ja kouluterveydenhuollon merkitys tiedonantajana korostuu tässä tilanteessa erityisesti.



## 8 POHDINTA

### 8.1 Yleistä pohdintaa ja omat oppimiskokemukset

Aiheen valintaa ohjasi osaltaan yhteinen mielenkiinto aiheeseen sekä tutkimuksen merkittävyys. Halusimme tutkimuksellamme olevan jokin käytännön merkitys ja hyöty muun muassa sosiaali- ja terveysalalla työskenteleville. Lisäksi aiheen valintaan vaikutti yhteistyömahdollisuus arvostetun tutkimus- ja kehittämislaitoksen, THL:n kanssa. Myös ajatus hyvistä jatkotutkimusmahdollisuuksista vaikutti taustalla.

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää maahanmuuttajataustaisten nuorten SELI-terveystietämyksen tasoa. Vertailimme saatuja tuloksia valtaväestön nuorten tietämykseen sekä tarkastelimme muiden taustatekijöiden vaikutusta SELI-terveystietämykseen. Lisäksi otimme lähempään tarkasteluun muutamia tuloksista ilmenneitä mielenkiintoisia havaintoja. Aineistomme pohjautui THL:n toteuttamaan valtakunnalliseen Kouluterveyskyselyyn 2013, josta valitsimme seksuaaliterveyteen liittyvät väittämät sekä tarvittavat taustatiedot. Taustatiedoissa kysyttiin ensimmäisen kerran vastaajan sekä vastaajan vanhempien syntymämaata, jonka avulla pystyttiin muodostamaan tutkimus- ja kulttuuriryhmät. Aineisto analysoitiin määrällistä, eli kvantitatiivista tutkimusmenetelmää käyttäen.

Yhtenä keskeisenä tutkimustuloksena saimme selville, että maahanmuuttajataustaisten nuorten SELI-terveystietämys on heikompaa valtaväestön nuoriin verrattuna, mikä oli odotettavaa. Tutkimusryhmiä vertaillen 1. ja 2. sukupolven maahanmuuttajanuorten tietämys oli heikointa. Kulttuuriryhmien välistä tietämystä vertaillen heikoin tietämys oli aasialaistaisilla sekä taustaltaan muihin maihin (Irak, Somalia) kuuluvilla nuorilla.

Tutkimuksen tuloksista tuli yllättäen esille kaikkien nuorten heikko tietämys HPV-rokotteesta ja sukupuolitaupeista. Nämä aiheet eivät sisältyneet tutkimuksen tutkimusongelmiin, mutta aiheen tärkeyden vuoksi halusimme nostaa asiat lähempään tarkasteluun ja sen vuoksi lisäsimme erilliset kappaleet kyseisistä aiheista tutkimustuloksiin.

Tämä opinnäytetyö on ensimmäinen tieteellinen tutkimus, jonka olemme tehneet. Tämän vuoksi kaikki opinnäytetyön tekemiseen liittyvät asiat olivat uutta ja vaativat paneutumista asiaan. Opinnäytetyön tekemisessä olemme saaneet harjoittaa tutkimustaitoja ja tutkimusprosessiin kuuluvia eri vaiheita. Olemme saaneet perehtyä tutkimusmetodologiaan ja tutkimuksen tekemisen eettisiin kysymyksiin. Aiheen tarkastelussa ja tulosten tulkitsemisessa vaikeaksi koimme maahanmuuttajataustaisten ryhmien jaottelun hahmottamisen, koska maahanmuuttajataustaisuutta voidaan määritellä niin monin eri perustein. Saimme tutkimuksen myötä myös arvokkaan kokemuksen yhteistyöstä THL:n kanssa. Yhteistyömme sujui hienosti ongelmitta ja saimme heiltä tarvittaessa tukea ja ohjausta.

## **8.2 Luotettavuuden pohdintaa (reliabiliteetti ja validiteetti)**

Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa voidaan käyttää kahta eri käsitettä, validiteettia ja reliabiliteettia. Tutkimuksen validiteetti ja reliabiliteetti muodostavat yhdessä tutkimuksen kokonaisluotettavuuden. Validiteetti, eli pätevyys tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä tutkimusongelmat kuvaavat. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa oleellista on mittarin luotettavuus. Mittarin tulee olla tarkka, jotta se kuvaa tutkittavaa käsitettä oikein ja esimerkiksi vastaaja ymmärtää kysymyksen oikein. Validiteettia parantaa esitestaus, jossa mittarin käyttöä testataan ennen varsinaista tutkimusta. Esitestauksella saadaan selville kyselylomakkeen ymmärrettävyys, toimivuus ja loogisuus. (Hirsjärvi ym. 2007, 226–227.) Opinnäytetyömme aineisto pohjautuu valtakunnalliseen Kouluterveyskyselyyn, joka on THL:n Kouluterveyskyselyn asiantuntijaryhmän kehittämä ja toteuttama. Kouluterveyskysely on esitestattu vuoden 1995 aikana peruskoulun 8. ja 9. luokan oppilaille sekä lukion ja ammattikoulun 2. vuoden opiskelijoille. Laajemmin sitä on alettu toteuttamaan vuodesta 1996 alkaen. Kyselyn toteuttamistapa ja kyselylomakkeet on arvioitu viimeksi Terveystieteiden tutkimuskeskuksen työryhmässä 25.10.2012. Kysely toteutetaan opettajan valvonnan alaisena, nimettömänä luokkakyselynä. (Luopa ym. 2014, 10.)

Tutkimuksen reliabiliteetti tarkoittaa tutkimustulosten toistettavuutta. Tutkimuksen reliabiliteetti tarkoittaa siis mittarin kykyä antaa ”ei-sattumanvaraista” tietoa. Reliabiliteettia, eli luotettavuutta parantaa muun muassa menetelmän ja olosuhteiden vakioiminen ja virhelähteiden kontrollointi sekä tutkittavien valinta satunnaisotannalla. Reliabiliteettia voi parantaa minimoimalla satunnaisvirheitä, joita voivat olla kysymysten paljous, kysymysten ymmärrettävyys, huonot vastausohjeet,

väsymys sekä kiire. Myös tutkimustilanne ja -olosuhteet sekä tutkijan erehdykset ja tulkintavirheet saattavat vaikuttaa mittarin luotettavuuteen. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 209–210.) Kouluterveyskyselyn reliabiliteettia parantaa sen järjestäminen vakioituissa olosuhteissa. Kysely järjestetään valtakunnallisesti samaan aikaan vuodesta ja se pyritään järjestämään kaikille vastaajille samanlaisissa olosuhteissa, valvotussa luokkatilassa ja hyvän ohjeistuksen saaneena. Itse vastaustilanteeseen liittyviin tekijöihin emme ole voineet vaikuttaa, koska emme ole itse järjestäneet kyselyä. Kouluterveyskyselyn reliabiliteettia parantavat myös hyvät vastausohjeet sekä kysymysten selkeys ja ymmärrettävyys.

Kvantitatiivisen tutkimuksen aineistolle on tyypillistä, että vastaajien määrä on suuri. Suositeltava havaintoyksiköiden eli tutkittavien vähimmäismäärä on sata, jos tutkimuksessa käytetään tilastollisia menetelmiä. Tutkimuksen luotettavuutta lisää riittävän suuri tutkittavien määrä, jolloin virheiden merkitys pienenee aineiston kasvaessa. Mitä suurempi otos, sitä luotettavammat ovat tulokset. (Vilka 2007, 17, 57.) Toteutunut otos eli kyselyyn vastanneiden määrä on 178 441 nuorta, joten toteutunut otos on edustava perusjoukkoon nähden. Vastanneiden määrän perusteella kokonaisotoksemme on kattava luotettavuuden kannalta. Kaikista vastaajista monikulttuuriseen tai maahanmuuttajien ryhmään kuuluvia nuoria on yhteensä noin 10 %, eli 17 800 nuorta. Aineiston kattavuus on hyvä; peruskoulussa 84 % ja lukiossa 77 %. Ammattioppilaitoksessa kattavuus jäi alhaisemmaksi ollen noin 37–43 %. (Luopa ym. 2014, 14.)

Suurimman osan kadosta muodostavat kyselypäivänä koulusta poissa olleet nuoret. Lisäksi vaatimus siitä, että kyselyyn tulee vastata itsenäisesti, karsii pois osan vammaisista tai avustamista tarvitsevista nuorista sekä ne maahanmuuttajanuoret, jotka eivät osaa riittävän hyvin suomea tai ruotsia. Katoon lasketaan myös mukaan lopullisesta aineistosta poistetut nuorten vastaukset, jotka olivat vastanneet alle puoleen kysymyksistä (0,8 % eli 1 659 vastaajaa), eivät olleet ilmoittaneet sukupuoltaan (1,9 % eli 3 701 vastaajaa) tai joiden luokka-astetta ei saatu selville (0,6 % eli 1 264 vastaajaa). Lisäksi lukion ja ammatillisten oppilaitosten aineistosta on poistettu 3. vuoden opiskelijoiden vastaukset (2,0 % 1 913). Ammattioppilaitosten opiskelijoiden ikä on rajattu alle 21-vuotiaisiin ja tästä syystä aineistosta on poistettu 7 713 opiskelijan vastaukset (16,6 %). (Luopa ym. 2014, 13, 15.)

Ammattioppilaitoksen opiskelijoiden aineiston kattavuutta (37–43 %) ei voitu laskea tarkasti, koska opiskelijamääriä ei kerätä valtakunnallisesti vuosittain toisin kuin peruskoulun ja lukion opiskelijoiden osalta (Luopa ym. 2014, 15). Näin ollen ammatillisen oppilaitoksen aineiston heikomman

kattavuuden vuoksi tuloksia täytyy tarkastella kriittisesti luotettavuuden kannalta. Lisäksi kulttuuri-ryhmien osalta etenkin aasialaistausten tutkimusryhmän koko oli hieman pienempi kuin muiden kulttuuriryhmien, joten luotettavuuden voidaan olettaa olevan joiltain osin heikompi.

Tutkimus- ja analyysimenetelmän oikea valinta vaikuttaa myös luotettavuuteen. Analysointi- ja tilastomenetelmät vaativat asiantuntemusta, sillä niiden osaamaton käyttö voi helposti johtaa vääriin tuloksiin. (Vilka, 2007.) Tulosten arvioinnissa ja tulkitsemisessä olemme saaneet apua luotettavalta yhteistyökumppaniltamme, jolla on vankka kokemus tutkimusten tekemisessä. Virheitä pyrittiin minimoimaan käymällä tuloksia läpi useamman kerran ja kolmen henkilön toimesta.

### **8.3 Tutkimuksen eettisyys**

Tutkimusetiikka ja hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen kietoutuu monella tapaa tutkimuksen tekemiseen ja sen eri vaiheisiin. Riippumatta tutkimuksen aiheesta tai käytetyistä menetelmistä, jokaisen tutkijan on tunnettava ja noudatettava tiettyjä tiedeyhteisön yhteisesti hyväksymiä hyvän tieteellisen käytännön tapoja. Tutkimusetiikalla tarkoitetaan yleisesti sovittuja pelisääntöjä suhteessa kollegoihin, tutkimuskohteeseen, rahoittajiin, toimeksiantajiin ja yleisöön. Hyvä tieteellinen käytäntö tarkoittaa muun muassa sitä, että tutkija käyttää eettisesti kestäviä ja tiedeyhteisön hyväksymiä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Se edellyttää tutkijalta rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä ja tulosten esittämisessä sekä kunnioitusta muita tutkijoita kohtaan. (Vilka 2005, 29–31.)

Hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää myös, että tutkimus on suunniteltava, toteutettava ja raportoitava laadukkaasti asetettujen vaatimusten mukaan. Tutkimussuunnitelman huolellinen tekeminen kuluu siten myös tärkeänä osana hyvään tieteelliseen käytäntöön. (Vilka 2005, 32.) Tutkimustamme varten laadittiin tutkimussuunnitelma ja tutkimuslupa yhteistyössä THL:n kanssa. Luvan myöntämisen jälkeen saimme tietopyynnöllä käyttööme Kouluterveyskyselyn vastauksista sen osan, jonka tutkimuksemme aineistoon tarvitsimme.

Tieteellisen tutkimuksen käytännöissä pidetään tärkeänä säilyttää luottamuksellisuus sekä tutkittavien anonymiteetti, eli nimettömyys. Määrällisessä tutkimuksessa tunnistamisriskiä ei ole, koska tutkimustuloksia ei tarkastella yksilöittäin. Joskus tunnistamista olennaisempaa saattaa olla tutkimuseettisesti, mitä tutkittavista kirjoitetaan, jolloin eettisesti tärkeämmäksi asiaksi muodostuu

tutkijan kirjoittamistapa. Tutkijan tulee harkita numerotietojen sanallista esittämistapaa ja välttää tulosten kirjoittamisessa ilmaisutapoja, jotka voivat loukata tai vahingoittaa tutkimuskohdetta. (Vilkkä 2007, 164.) Tutkittavat vastasivat Kouluterveyskyselyyn vapaaehtoisesti ja nimettömänä, jolloin henkilöllisyys ei tule ilmi missään vaiheessa tutkimusta. Aineistossa käyttämämme Kouluterveyskysely on laadittu määrälliselle tutkimusmenetelmälle ominaisesti, eli siten, että kysymykset ja väittämät soveltuvat kaikille vastaajille. Eettisyyttä lisäsi se, että tutkimukseen osallistuneiden vastauslomakkeet laitettiin suljettuun kirjepussiin ja lomakkeita säilytettiin asianmukaisesti ulkopuolisten ulottumattomissa.

#### **8.4 Jatkotutkimus ja -kehittämishaasteita**

Tutkimuksen tulokset antavat tietoa maahanmuuttajataustaisten nuorten SELI-terveyden tilasta ja tietämyksestä. Tutkimuksemme tuloksista voidaan saada suuntaa antava katsaus siihen, mihin asioihin tulisi kiinnittää tulevaisuudessa huomiota ja mihin tekijöihin puuttumalla voidaan parantaa Suomeen muuttaneiden nuorten SELI- tietämystä ja -terveyttä. Tarvitaan kuitenkin lisää syventävää tutkimusta eri tekijöiden vaikutuksesta maahanmuuttajataustaisen nuoren SELI- terveyteen liittyen ja yleisesti terveyteen ja hyvinvointiin sekä syiden selvittämiseen erojen taustalla. Tutkimuksemme osittain ristiriitaisiin tuloksiin viitaten mielenkiintoista olisi jos jatkotutkimuksissa selvittäisiin tarkemmin esimerkiksi Suomessa asutun ajan yhteyttä maahanmuuttajataustaisen nuoren SELI-terveystietämykseen. Toivomme, että tutkimuksen toimeksiantaja ja muutkin toimijat saavat tästä tutkimuksesta ajatuksia ja vinkkejä jatkotutkimuksia varten.

Pohdimme, miten maahanmuuttajataustaisten nuorten SELI-terveystietämyksen tasoa voisi parantaa ja näin ollen kaventaa tietämyseroa valtaväestön nuoriin verrattuna. Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon palvelut ovat tässä tilanteessa erityisen tärkeässä asemassa avun tarjoajana ja tiedon jakajana. Yleisesti nuorten mielestä etenkin terveydenhoitajan, lääkärin, psykologin ja kuuraattorin palvelujen saatavuus on helpottunut (Luopa ym. 2014, 76). Toisaalta taas ensimmäisen sukupolven maahanmuuttajanuoret arvioivat kouluterveydenhoitajan vastaanotolle pääsyn vaikeammaksi kuin muut nuoret (Matikka ym. 2014, 30). Palvelujen saatavuuteen ja kehittämiseen tulisi edelleen kiinnittää huomiota. Palvelun tarjonnan lisäksi nuoren kokemaan palvelujen saatavuuteen voi vaikuttaa moni muukin asia. Huomiota tulisi kiinnittää siihen, miten palvelut tavoittavat maahanmuuttajataustaiset nuoret ja miten he osaavat hakeutua palveluun. Maahanmuuttajanuori ei aina tiedä olemassa olevista palveluista, eikä tunne palvelujärjestelmää. Lisäksi kieli- tai

lukutaidottomuus voi olla tiedon saamisen esteenä. (Alitolppa-Niitamo ym. 2005, 87.) Palvelun käyttöä voi tukea esimerkiksi palveluista tiedottamalla sekä varmistamalla mahdollisuuden hakeutua niihin koulupäivän ajankohdasta tai opetuspaikan sijainnista riippumatta (Luopa ym. 2014, 76).

Maahanmuuttajanuori ei välttämättä saa palvelujärjestelmästä tarpeenmukaista tukea tai palvelua. Nuori voi tietää palveluista ja on motivoitunut niitä hakemaan, mutta palvelujärjestelmässä ei riittävästi tunnisteta erityistarpeita tai tarpeet tulkitaan tai selitetään väärin. (Alitolppa-Niitamo ym. 2005, 90.) Huomiota tulisi kiinnittää siihen, osaako terveydenhuollon henkilöstö huomioida maahanmuuttajataustaisen nuoren mahdolliset erityistarpeet maahanmuutto- ja kulttuuritaustaan liittyen kielikysymyksen lisäksi. Saatavilla tulisi olla maahanmuuttajanuoren omalle kielellä käännettyä materiaalia ja tietopaketteja. Maahanmuuttajataustaisella nuorellakin täytyy olla saatavissa matalan kynnyksen apua ja tietoa mieltä askarruttaviin kysymyksiin.

Ammattioppilaitosten ja lukioden välisiin tietämyseroihin ja niihin johtaneisiin syihin tulisi kiinnittää huomiota. Voidaan olettaa, että terveystiedon opetuksessa ja palvelujen saatavuudessa löytyy eroja niin kunta- kuin koulukohtaisesti. Lukioden ja ammattioppilaitosten terveystiedon opetuksen tulisi olla yhteneväistä niin sisällöltään kuin määrältäänkin. Ammattioppilaitoksissa opiskelevien nuorten, myös maahanmuuttajataustaisten nuorten hyvinvointiin tulisi kiinnittää entistä enemmän huomiota eriarvoisuuden vähentämiseksi. Nuorten eriarvoistumisen ehkäisyyn tulisi panostaa erityisesti jo peruskoulussa, sillä eriarvoistumiseen johtavat polut voivat alkaa jo varhain.

Tuloksista ilmennyt heikko tietämys HPV-rokotteesta voidaan olettaa johtuvat heikosta tiedottamisesta. Aiheen tärkeyden vuoksi olisi hyvä seurata onko HPV-rokotteeseen liittyvä tietämys parantunut verrattuna tämän tutkimuksen tuloksiin. Seuraava Kouluterveyskysely järjestetään keväällä 2015, jolloin asiaa voidaan tarkastella uudestaan. Mielenkiintoista olisi myös nähdä THL:n järjestämän HPV-rokotteeseen liittyvän tiedotuskampanjan vaikuttavuutta tiedon välittämisessä nuorille.

## LÄHTEET

Alitolppa-Niitamo, A., Moallin, M. & Novitsky, A. 2005. Välittävä perhetyö – kokemuksia ja ajatuksia Väestöliiton Kotipuu-projektista. Teoksessa Alitolppa-Niitamo, A., Söderling, I. & Fågel, S. (toim.). Olemme muuttaneet. Näkökulmia maahanmuuttoon, perheiden kotoutumiseen ja ammattillisen työn käytäntöihin. Helsinki: Väestöliitto, 84-95. Luettavissa: <http://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/920fed86f031d5c6eac6205607e2ca6e/1418233428/application/pdf/490819/Olemmemuuttaneet.pdf>.

Apter, D., Eskola, M-S., Kettu, N. & Säävälä, M. 2009. Maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintasuunnitelma. Helsinki: Väestöliitto.

Castaneda, A. E., Rask, S., Koponen, P., Mölsä, M. & Koskinen, S. (toim.). 2012. Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. THL Raportti 61/2012. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.

De Martel, C., Ferlay, J., Franceschi, S., Vignat, J., Bray, F., Forman, D. & Plummer, M. 2012. Global burden of cancers attributable to infections in 2008: a review and synthetic analysis. *Lancet Oncol.* 13(6): 607–615.

Grech V., Savona-Ventura C., Vassallo-Agius P. 2002. Unexplained differences in sex ratios at birth in Europe and North America. *BMJ* ; 324:1010-1011.

Helminen, M-L. 2013. Tilastokeskus. Ulkomaalaistaustaiset äidiksi nuorempana. Viitattu, 3.12.2014 [http://www.stat.fi/tup/vl2010/art\\_2013-06-04\\_001.html](http://www.stat.fi/tup/vl2010/art_2013-06-04_001.html)

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Otava.

Isola, S-M. & Ali-Sisto, M-I. 2014. Seksuaali- ja lisääntymisterveys ja sosioekonomiset taustat. Oulun ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Luettavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201405086646>

Jaakola, S., Lyytikäinen, O., Rimhanen-Finne, R., Salmenlinna, S., Savolainen-Kopra, C., Pirhonen, J., Vuopio, J., Jalava, J., Toropainen, M., Nohynek, H., Toikkanen, S., Löflund, J-E., Kuusi, M. & Salminen, M. 2014. Tartuntataudit Suomessa 2013. Raportti 16/2014. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Luettavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-190-7>

Klemetti, R. & Raussi-Lehto, E. 2013. Edistä, ehkäise, vaikuta - Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014-2020. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Opas 33/2014. Luettavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-174-7>.

Kontula, O. & Meriläinen, O. 2007. Koulun seksuaalikasvatus 2000-luvun Suomessa. Väestötutkimuslaitos. Katsauksia E26/2007. Vantaa: Dark Oy.

Kosunen, E. & Ritamo, M. 2004. Näkökulmia nuorten seksuaaliterveyteen. Saarijärvi: Gummerus.

KvantiMOTV. 2013. Kvantitatiivisten menetelmien tietovaranto. Viitattu 11.11.2014, <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/intro.html>.

Luopa, P., Kivimäki, H., Matikka, A., Vilki, S., Jokela, J., Laukkarinen, E. & Paananen, R. 2014. Nuorten hyvinvointi Suomessa 2000–2013. Kouluterveyskyselyn tulokset. Raportti 25/2014. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Luettavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-280-5>.

Maahanmuuttovirasto. Tilastokatsaus. 2013. Viitattu 19.11.2014 [http://www.migri.fi/download/50609\\_Tilastokatsaus\\_vastaanotto\\_2013.pdf?920eed518eabd188](http://www.migri.fi/download/50609_Tilastokatsaus_vastaanotto_2013.pdf?920eed518eabd188).

Mannerheimin lastensuojeluliitto. 2014. Seksuaaliset sisällöt. Viitattu 26.9.2014, [http://www.mll.fi/vanhempainnetti/tietokulma/lapset\\_ja\\_media/median\\_vaikutuksia/seksuaaliset\\_sisallot/](http://www.mll.fi/vanhempainnetti/tietokulma/lapset_ja_media/median_vaikutuksia/seksuaaliset_sisallot/).

Matikka A, Luopa P, Kivimäki H, Jokela J, Paananen R. 2014. Maahanmuuttajataustaisten 8.- ja 9.-luokkalaisten hyvinvointi. Kouluterveyskysely 2013. Raportti 26/2014. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos.

Nurmeksela, S. 2011. Suomessa asuvien yläkouluikäisten maahanmuuttajanuorten seksuaaliterveystiedot. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu-tutkielma, 25–26.



Opetushallitus. 2004. Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteet 2004. Helsinki: Opetushallitus. Luettavissa: [http://www.oph.fi/download/139848\\_pops\\_web.pdf](http://www.oph.fi/download/139848_pops_web.pdf).

Opetushallitus. 2014a. Perusopetuksen tuntijako. Viitattu 22.9.2014, [http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Koulutus/koulutuspolitiikka/vireilla\\_koulutus/perusopetus/liitteet/asetusehdotus\\_1\\_2.pdf](http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Koulutus/koulutuspolitiikka/vireilla_koulutus/perusopetus/liitteet/asetusehdotus_1_2.pdf).

Opetushallitus. 2014b. Opetussuunnitelma ja tuntijako. Viitattu 22.9.2014, [http://www.oph.fi/koulutus\\_ja\\_tutkinnot/perusopetus/opetussuunnitelma\\_ja\\_tuntijako](http://www.oph.fi/koulutus_ja_tutkinnot/perusopetus/opetussuunnitelma_ja_tuntijako).

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2007. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007-2011. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Luettavissa: [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-3584.pdf&title=Seksuaali\\_ja\\_lisaantymisterveyden\\_edistaminen\\_fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3584.pdf&title=Seksuaali_ja_lisaantymisterveyden_edistaminen_fi.pdf).

Stadin ammattiopisto. 2014. Nuorten koulutus. Viitattu 22.9.2014, <http://www.hel.fi/hki/amatillinen/fi/Nuorten+koulutus>.

Syöpäjärjestöt. 2013. HPV-rokote. Viitattu 5.12.2014, <http://www.cancer.fi/syovanehkaisyy/viruksetjabakteerit/papilloomavirus/hpv-rokote/>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013a. Kouluterveyskysely 2013. Luettavissa: [http://www.thl.fi/attachments/kouluterveyskysely/Lomakkeet/ktlomake2013\\_perus.pdf](http://www.thl.fi/attachments/kouluterveyskysely/Lomakkeet/ktlomake2013_perus.pdf).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013b. HPV-rokotukset alkavat. Viitattu 24.10.2014, <http://www.thl.fi/fi/web/seksuaali-ja-lisaantymisterveys/ajankohtaista/seli-verkostokirje/2013/hpv-rokotukset-alkavat>.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014a. Seksuaali- ja lisääntymisterveys. Viitattu 16.10.2014, <http://www.thl.fi/fi/web/seksuaali-ja-lisaantymisterveys>.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2014b. HPV-rokote. Viitattu 22.10.2014, <http://tyttojenjuttu.fi/hpv-rokote/>.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2014c. Kyselyn toteuttaminen. Viitattu 9.10.2014, <http://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/vaestotutkimukset/kouluterveyskysely/kyselyn-toteuttaminen>.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2014d. Kouluterveyskysely 2013. Viitattu 9.10.2014, [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tilastot/vaestotutkimukset/kouluterveyskysely](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/vaestotutkimukset/kouluterveyskysely).

Tilastokeskus. 2013a. Ulkomaalaisuus ja siirtolaisuus 2012. Viitattu 2.4.2014, [http://www.stat.fi/tup/julkaisut/tiedostot/julkaisuluettelo/yvrm\\_ulsi\\_201200\\_2013\\_9847\\_net.pdf](http://www.stat.fi/tup/julkaisut/tiedostot/julkaisuluettelo/yvrm_ulsi_201200_2013_9847_net.pdf).

Tilastokeskus. 2013b. Kuvio 1. Suurimmat ulkomaista syntyperää olevat ryhmät Suomen väestössä 31.12.2012. Viitattu 12.10.2014, [http://www.stat.fi/til/vaerak/2012/01/vaerak\\_2012\\_01\\_2013-09-27\\_kuv\\_003\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/vaerak/2012/01/vaerak_2012_01_2013-09-27_kuv_003_fi.html).

Tilastokeskus. 2013c. Kuvio 2. Lähes joka kymmenes 25–34-vuotias ulkomaista syntyperää. Viitattu 13.10.2014, [http://tilastokeskus.fi/til/vaerak/2012/01/vaerak\\_2012\\_01\\_2013-09-27\\_tie\\_001\\_fi.html](http://tilastokeskus.fi/til/vaerak/2012/01/vaerak_2012_01_2013-09-27_tie_001_fi.html)

Tilastokeskus. 2014a. Maahanmuutto ja sen voitto kasvoivat vuotta aiemmasta. Viitattu 2.12.2014, [http://www.stat.fi/til/muutl/2013/muutl\\_2013\\_2014-04-29\\_tie\\_001\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/muutl/2013/muutl_2013_2014-04-29_tie_001_fi.html)

Tilastokeskus. 2014b. Suomen väestöstä 5 prosenttia ulkomailla syntyneitä. Viitattu 16.10.2014, [http://www.tilastokeskus.fi/ajk/tiedotteet/2014/uutinen\\_005\\_2014-01-29.html](http://www.tilastokeskus.fi/ajk/tiedotteet/2014/uutinen_005_2014-01-29.html).

Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Tammi.

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Tammi.

Väestöliitto. 2014a. Maahanmuuttajien määrä. Viitattu 16.10.2014, [http://www.vaestoliitto.fi/tieto\\_ja\\_tutkimus/vaestontutkimuslaitos/tilastoja-ja-linkkejä/tilastotietoa/maahanmuuttajat/maahanmuuttajien-maara/](http://www.vaestoliitto.fi/tieto_ja_tutkimus/vaestontutkimuslaitos/tilastoja-ja-linkkejä/tilastotietoa/maahanmuuttajat/maahanmuuttajien-maara/).

Väestöliitto. 2014b. Seksuaalikasvatus. Viitattu 25.9.2014,  
<http://www.vaestoliitto.fi/seksuaalisuus/tietoa-seksuaalisuudesta/ammattilaiset/tietopankki/seksuaalikasvatus/>.

World Health Organization. 2010. Seksuaalikasvatuksen Standardit Euroopassa. Suuntaviivat poliittisille päättäjille, opetus- ja terveydenhoitoalan viranomaisille ja asiantuntijoille. Maailman terveysjärjestön (WHO) Euroopan aluetoimisto ja BZgA. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Luettavissa: <https://www.julkari.fi/handle/10024/80220>.

World Health Organization. 2014a. Reproductive health. Viitattu 7.10.2014,  
[http://www.who.int/topics/reproductive\\_health/en/](http://www.who.int/topics/reproductive_health/en/).

World Health Organization. 2014b. Sexual health. Viitattu 7.10.2014,  
[http://www.who.int/topics/sexual\\_health/en/](http://www.who.int/topics/sexual_health/en/).

**LIITE 1. TAULUKOT POIKIEN TUTKIMUS- JA KULTTUURIRYHMIEN VASTAUKSISTA VÄIT-  
TÄMIIN NUMERO 6, 9 JA 10.**

POJAT		Kys 24.6 Klamydiatulehdus voi aiheuttaa hedelmättömyyttä		
		Peruskoulu	Lukio	Aol
Valtaväestö	Oikein	17 276 (42,8%)	10 672 (58,6%)	9 365 (56,5%)
	En tiedä	20 443 (50,7%)	6 877 (37,8%)	6 163 (37,2%)
Monikulttuuriset I	Oikein	879 (39,6%)	504 (56,7%)	376 (54,3%)
	En tiedä	1 175 (52,9%)	346 (38,9%)	254 (36,7%)
Monikulttuuriset II	Oikein	145 (38,1%)	77 (53,8%)	60 (47,2%)
	En tiedä	203 (53,3%)	58 (40,6%)	54 (42,5%)
2. sukupolven maahanmuuttajat	Oikein	291 (35,9%)	121 (41,4%)	76 (45%)
	En tiedä	454 (56%)	154 (52,7%)	76 (45%)
1. sukupolven maahanmuuttajat	Oikein	541 (33,8%)	154 (42,9%)	412 (41,5%)
	En tiedä	801 (52,7%)	168 (46,8%)	386 (38,9%)

POJAT		Kys 24.6 Klamydiatulehdus voi aiheuttaa hedelmättömyyttä		
		Peruskoulu	Lukio	Aol
Pohjoismaat	Oikein	18 024 (42,7%)	11 071 (58,5%)	9 760 (56,3%)
	En tiedä	21 432 (50,8%)	7 151 (37,8%)	6 427 (37,1%)
Itä-Eurooppa	Oikein	189 (33,3%)	82 (46,3%)	152 (46,5%)
	En tiedä	329 (58%)	85 (48%)	128 (39,1%)
Muu Eurooppa	Oikein	64 (33,2%)	44 (49,4%)	44 (42,7%)
	En tiedä	115 (59,6%)	42 (47,2%)	39 (37,9%)
Aasia	Oikein	49 (38,6%)	23 (51,1%)	26 (34,2%)
	En tiedä	58 (45,7%)	19 (42,2%)	39 (51,3%)
Muut ilmoitetut maat	Oikein	385 (33,4%)	128 (37,9%)	159 (39,2%)
	En tiedä	639 (55,5%)	179 (53%)	183 (45,1%)

POJAT		Kys 24.9 Papilloma (HPV) -rokote suojaa kohdunkaulan syövältä		
		Peruskoulu	Lukio	Aol
Valtaväestö	Oikein	8 710 (21,6%)	5 992 (32,8%)	4 799 (29%)
	En tiedä	29 068 (72,1%)	10 940 (60%)	10 415 (62,9%)
Monikulttuuriset I	Oikein	413 (18,7%)	252 (28,3%)	210 (30,3%)
	En tiedä	1 667 (75,4%)	571 (64,1%)	420 (60,5%)
Monikulttuuriset II	Oikein	64 (16,7%)	39 (26,7%)	31 (24,4%)
	En tiedä	286 (74,5%)	91 (62,3%)	81 (63,8%)
2. sukupolven maahanmuuttajat	Oikein	159 (19,6%)	63 (21,9%)	42 (24,7%)
	En tiedä	594 (73,2%)	203 (70,5%)	115 (67,6%)
1. sukupolven maahanmuuttajat	Oikein	337 (22,3%)	91 (25,8%)	270 (27,3%)
	En tiedä	994 (65,7%)	226 (64%)	528 (53,4%)

POJAT		Kys 24.9 Papilloomaa (HPV) -rokote suojaa kohdunkaulan syövältä		
		Peruskoulu	Lukio	Aol
Pohjoismaat	Oikein	9 050 (21,5%)	6 190 (32,7%)	5 030 (29,1%)
	En tiedä	30 484 (72,3%)	11 398 (60,1%)	10 856 (62,7%)
Itä-Eurooppa	Oikein	81 (14,3%)	48 (27,1%)	97 (29,8%)
	En tiedä	448 (78,9%)	114 (64,4%)	188 (57,7%)
Muu Eurooppa	Oikein	31 (16,1%)	18 (20,2%)	27 (26,2%)
	En tiedä	147 (76,2%)	64 (71,9%)	56 (54,4%)
Aasia	Oikein	23 (18%)	12 (26,1%)	18 (24,3%)
	En tiedä	89 (69,5%)	33 (71,7%)	45 (60,8%)
Muut ilmoitetut maat	Oikein	236 (20,5%)	81 (24,6%)	88 (21,7%)
	En tiedä	794 (68,9%)	220 (66,9%)	253 (62,5%)

POJAT		Kys 24.10 Papilloomaa (HPV) -rokote suojaa kaikilta sukupuolitaudeilta		
		Peruskoulu	Lukio	Aol
Valtaväestö	Oikein	13 619 (33,8%)	10 673 (58,5%)	7 534 (45,5%)
	En tiedä	25 013 (62%)	7 321 (40,1%)	7 885 (47,6%)
Monikulttuuriset I	Oikein	704 (31,7%)	479 (53,8%)	344 (49,4%)
	En tiedä	1 422 (64%)	391 (43,9%)	306 (44%)
Monikulttuuriset II	Oikein	92 (23,8%)	70 (47,9%)	49 (38,9%)
	En tiedä	276 (71,5%)	68 (46,6%)	63 (50%)
2. sukupolven maahanmuuttajat	Oikein	192 (23,8%)	118 (40,4%)	54 (32,3%)
	En tiedä	549 (68%)	165 (56,5%)	96 (57,5%)
1. sukupolven maahanmuuttajat	Oikein	370 (24,6%)	132 (37%)	305 (31%)
	En tiedä	937 (62,3%)	201 (56,3%)	477 (48,5%)

POJAT		Kys 24.10 Papilloomaa (HPV) -rokote suojaa kaikilta sukupuolitaudeilta		
		Peruskoulu	Lukio	Aol
Pohjoismaat	Oikein	14 208 (33,7%)	11 048 (58,3%)	7 912 (45,7%)
	En tiedä	26 220 (62,2%)	7 638 (40,3%)	8 191 (47,3%)
Itä-Eurooppa	Oikein	129 (22,9%)	73 (41%)	109 (33,7%)
	En tiedä	401 (71,1%)	102 (57,3%)	157 (48,6%)
Muu Eurooppa	Oikein	48 (25%)	30 (33,7%)	37 (35,9%)
	En tiedä	139 (72,4%)	55 (61,8%)	54 (52,4%)
Aasia	Oikein	30 (23,1%)	20 (43,5%)	17 (23,3%)
	En tiedä	91 (70%)	25 (54,3%)	44 (60,3%)
Muut ilmoitetut maat	Oikein	280 (24,5%)	133 (39,7%)	99 (24,4%)
	En tiedä	750 (65,6%)	184 (54,9%)	235 (57,9%)

**LIITE 2. TAULUKOT TYTTÖJEN TUTKIMUS- JA KULTTUURIRYHMIEN VASTAUKSISTA  
VÄITTÄMIIN NUMERO 6, 9 JA 10.**

TYTÖT		Kys 24.6 Klamydiatulehdus voi aiheuttaa hedelmättömyyttä		
		Peruskoulu	Lukio	Aol
Valtaväestö	Oikein	20 212 (48%)	17 871 (72,3%)	9 954 (72,1%)
	En tiedä	20 770 (49,3%)	6 474 (26,2%)	3 453 (25%)
Monikulttuuriset I	Oikein	1 246 (46,5%)	916 (69,2%)	496 (69,6%)
	En tiedä	1 346 (50,2%)	385 (29,1%)	184 (25,8%)
Monikulttuuriset II	Oikein	180 (45,5%)	128 (61,8%)	55 (64%)
	En tiedä	199 (50,3%)	72 (34,8%)	27 (31,4%)
2. sukupolven maahanmuuttajat	Oikein	245 (32,7%)	213 (54,6%)	70 (51,9%)
	En tiedä	465 (62,1%)	158 (40,5%)	55 (40,7%)
1. sukupolven maahanmuuttajat	Oikein	358 (33,1%)	214 (49%)	177 (45,4%)
	En tiedä	643 (59,5%)	196 (44,9%)	181 (46,4%)

TYTÖT		Kys 24.6 Klamydiatulehdus voi aiheuttaa hedelmättömyyttä		
		Peruskoulu	Lukio	Aol
Pohjoismaat	Oikein	21 349 (47,9%)	18 686 (72,2%)	10 454 (71,9%)
	En tiedä	21 987 (49,4%)	6 811 (26,3%)	3 637 (25%)
Itä-Eurooppa	Oikein	222 (35,7%)	178 (58,9%)	126 (55,8%)
	En tiedä	371 (59,7%)	113 (37,4%)	81 (35,8%)
Muu Eurooppa	Oikein	75 (37,7%)	61 (54,5%)	24 (53,3%)
	En tiedä	115 (57,8%)	47 (42%)	19 (42,2%)
Aasia	Oikein	42 (33,9%)	18 (45%)	7 (24,1%)
	En tiedä	73 (58,9%)	19 (47,5%)	19 (65,5%)
Muut ilmoitetut maat	Oikein	292 (32,4%)	211 (49,9%)	80 (37,2%)
	En tiedä	550 (61%)	188 (44,4%)	118 (54,9%)

TYTÖT		Kys 24.9 Papilloomia (HPV) -rokote suojaa kohdunkaulan syövältä		
		Peruskoulu	Lukio	Aol
Valtaväestö	Oikein	13 438 (31,9%)	15 061 (60,9%)	7 334 (53,1%)
	En tiedä	27 408 (65,1%)	8 727 (35,3%)	5 745 (41,6%)
Monikulttuuriset I	Oikein	790 (29,5%)	755 (56,9%)	361 (50,6%)
	En tiedä	1 803 (67,3%)	531 (40%)	307 (43,1%)
Monikulttuuriset II	Oikein	109 (27,6%)	100 (47,8%)	40 (46%)
	En tiedä	273 (69,1%)	103 (49,3%)	41 (47,1%)
2. sukupolven maahanmuuttajat	Oikein	150 (20,1%)	159 (41%)	44 (32,6%)
	En tiedä	574 (76,9%)	215 (55,4%)	81 (60%)
1. sukupolven maahanmuuttajat	Oikein	220 (20,3%)	156 (35,5%)	119 (30,3%)
	En tiedä	798 (73,5%)	259 (58,9%)	245 (62,3%)

TYTÖT		Kys 24.9 Papilloomaa (HPV) -rokote suojaa kohdunkaulan syövältä		
		Peruskoulu	Lukio	Aol
Pohjoismaat	Oikein	14 142 (31,8%)	15 713 (60,6%)	7 696 (53%)
	En tiedä	29 063 (65,3%)	9 212 (35,5%)	6 056 (41,7%)
Itä-Eurooppa	Oikein	127 (20,3%)	125 (41,3%)	83 (36,2%)
	En tiedä	476 (76,2%)	163 (53,8%)	128 (55,9%)
Muu Eurooppa	Oikein	47 (23,5%)	50 (45%)	18 (40%)
	En tiedä	143 (71,5%)	57 (51,4%)	23 (51,1%)
Aasia	Oikein	22 (17,7%)	11 (27,5%)	7 (24,1%)
	En tiedä	95 (76,6%)	26 (65%)	19 (65,5%)
Muut ilmoitetut maat	Oikein	186 (20,7%)	146 (34,2%)	49 (22,7%)
	En tiedä	671 (74,6%)	271 (63,5%)	154 (71,3%)

TYTÖT		Kys 24.10 Papilloomaa (HPV) -rokote suojaa kaikilta sukupuolitaudeilta		
		Peruskoulu	Lukio	Aol
Valtaväestö	Oikein	15 858 (37,6%)	17 501 (70,6%)	8 777 (63,5%)
	En tiedä	25 398 (60,3%)	7 040 (28,4%)	4 612 (33,4%)
Monikulttuuriset I	Oikein	974 (36,4%)	870 (65,7%)	435 (60,8%)
	En tiedä	1 646 (61,6%)	436 (32,9%)	243 (34%)
Monikulttuuriset II	Oikein	137 (34,5%)	127 (61,1%)	49 (56,3%)
	En tiedä	248 (62,5%)	77 (37%)	34 (39,1%)
2. sukupolven maahanmuuttajat	Oikein	157 (21,1%)	193 (49,5%)	46 (34,3%)
	En tiedä	561 (75,5%)	187 (47,9%)	74 (55,2%)
1. sukupolven maahanmuuttajat	Oikein	224 (20,6%)	181 (41%)	141 (35,7%)
	En tiedä	785 (72,3%)	241 (54,6%)	219 (55,4%)

TYTÖT		Kys 24.10 Papilloomaa (HPV) -rokote suojaa kaikilta sukupuolitaudeilta		
		Peruskoulu	Lukio	Aol
Pohjoismaat	Oikein	16 724 (37,5%)	18 258 (70,4%)	9 212 (63,4%)
	En tiedä	26 910 (60,4%)	7 437 (28,7%)	4 855 (33,4%)
Itä-Eurooppa	Oikein	150 (24%)	161 (53,5%)	98 (42,6%)
	En tiedä	454 (72,8%)	134 (44,5%)	113 (49,1%)
Muu Eurooppa	Oikein	61 (30,7%)	60 (53,6%)	21 (46,7%)
	En tiedä	132 (66,3%)	51 (45,5%)	23 (51,1%)
Aasia	Oikein	18 (14,5%)	17 (42,5%)	9 (31%)
	En tiedä	99 (79,8%)	21 (52,5%)	17 (58,6%)
Muut ilmoitetut maat	Oikein	170 (18,9%)	161 (37,8%)	60 (27,9%)
	En tiedä	673 (74,9%)	251 (58,9%)	142 (66%)